

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Demografie

Studijní obor: Demografie se sociální geografii



Tereza Pachlová

**UMĚLÉ PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ
VE VYSPĚLÝCH ZEMÍCH: TRENDY
A LEGISLATIVA**

**INDUCED ABORTION IN DEVELOPED COUNTRIES:
TRENDS AND LAW**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: prof. RNDr. Jitka Rychtaříková, CSc.

Praha, 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 22. 5. 2012

.....

Poděkování:

Děkuji vedoucí své bakalářské práce prof. RNDr. Jitce Rychtařikové, CSc. za cenné rady, připomínky a komentáře a také věnovaný čas.

Umělé přerušování těhotenství ve vyspělých zemích: trendy a legislativa

Abstrakt

Cílem práce je podat ucelený přehled o legislativě a trendech UPT ve vyspělých zemích světa a analyzovat a zhodnotit specifika typická pro jednotlivé státy. V první části práce jsou diskutovány přístupy k UPT a popsán vývoj legislativy UPT, ve druhé části jsou analyzovány trendy umělé potratovosti celkově a podle věku ženy. Jako nástroj k tomu jsou využity metody demografické analýzy umělé potratovosti a některé statistické metody. V současnosti je UPT z jiných než zdravotních důvodů legálně umožněno ve 25 z 28 sledovaných vyspělých zemí. Analýzou byly zjištěny výrazné rozdíly mezi státy nejen v hodnotách umělé potratovosti, ale i ve struktuře umělé potratovosti podle věku ženy. Kromě legislativy UPT je nejvýznamnějším faktorem působícím na hodnoty umělé potratovosti prevalence moderních antikoncepčních metod. S rozšiřováním jejich užívání se snižuje variabilita umělé potratovosti mezi státy.

Klíčová slova: umělé přerušování těhotenství, legislativa, potratovost, vyspělé státy

Induced abortion in developed countries: trends and law

Abstract

The objective of this study is to give a comprehensive overview of law and trends in induced abortion in developed countries and to analyse and to evaluate patterns, which are typical for selected countries. In the first part, approaches to induced abortion are discussed and development in abortion law is described, in the second part, trends of induced abortion are analysed over time and by age of woman. As a tool, methods of demographic analysis of induced abortion and some statistical methods are applied. Induced abortions from other than health reasons are currently legally permitted in 25 of 28 analysed countries. Significant differences among developed countries not only in quantum of induced abortion but also in the structure of induced abortion by the age of woman were found by the analysis. Besides the law of induced abortions, the most important factor for indicators of induced abortions is prevalence of modern contraception methods. With the spreading difference of their use, the difference among countries in induced abortion decrease.

Keywords: induced abortion, law, abortion rate, developed countries

OBSAH

Přehled použitých zkratek	7
Seznam tabulek	8
Seznam obrázků	9
1 Úvod	11
1.1 Cíle práce	12
1.2 Struktura práce	12
2 Diskuse přístupů k umělému přerušení těhotenství	14
3 Legislativa umělého přerušení těhotenství a její vývoj	16
3.1 Legislativa UPT před rokem 1950	18
3.2 Změny v legislativě UPT mezi lety 1950–1959	18
3.3 Změny v legislativě UPT mezi lety 1960–1969	19
3.4 Změny v legislativě UPT mezi lety 1970–1979	21
3.5 Změny v legislativě UPT mezi lety 1980–1989	23
3.6 Změny v legislativě UPT mezi lety 1990–1999	24
3.7 Změny v legislativě UPT po roce 2000	26
3.8 Legalizace RU 486 a její dopad na dostupnost UPT	27
3.9 Zhodnocení současného stavu legislativy UPT	28
4 Metodologie a data	33
5 Analýza umělé potratovosti	38
5.1 Vývoj umělé potratovosti	39
5.1.1 Státy severní Evropy	39
5.1.2 Státy východní Evropy	40
5.1.3 Státy západní Evropy	42
5.1.4 Státy jižní Evropy	44

5.1.5	Anglicky mluvící státy	46
5.1.6	Japonsko a Izrael	48
5.1.7	Shrnutí	49
5.2	Umělá potratovost podle věku ženy	52
5.2.1	Změny v letech 1985, 1995 a 2009	53
5.2.2	Srovnání vývoje v Česku a ve Švédsku	58
5.2.3	Shrnutí	62
6	Závěr	68
	Seznam použité literatury	70
	Seznam zdrojů dat	79
	Přílohy	82

PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK

CIA	Central Intelligence Agency – Ústřední zpravodajská služba
CRR	Center for Reproductive Rights – Centrum pro reprodukční práva
ČSÚ	Český statistický úřad
HDI	Human Development Index – Index lidského rozvoje
INED	Institut National d'Etudes Démographiques – Národní institut demografických studií
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques – Národní institut statistiky a ekonomických studií
IPO ^U	Index umělé potratovosti
IPPF	International Planned Parenthood Federation – Světová organizace pro plánování rodiny
IPSS	National Institute of Population and Social Security Research – Národní institut pro výzkum obyvatelstva a sociálního zabezpečení
ISTAT	Istituto nazionale di statistica – Národní statistický institut
MPIDR	Max Planck Institute for Demographic Research – Max Planck Institut pro demografický výzkum
NDR	Německá demokratická republika
NSR	Německá spolková republika
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development – Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
PO ^U	Míra umělé potratovosti
SVSS	Die Schweizerische Vereinigung für Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs – Švýcarská asociace pro beztrestnost umělých potratů
UN	United Nations – Spojené národy
UNDP	United Nations Development Programme – Rozvojový program Spojených národů
UNSD	United Nations Statistics Division – Statistická divize Spojených národů
UPT	Umělé přerušení těhotenství
USA	United States of America – Spojené státy americké
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Legalizace RU 486 ve vyspělých státech	27
Tab. 2	Vybrané legislativní podmínky UPT ve vyspělých státech světa v roce 2012	31
Tab. 3	Dekompozice rozdílu obecné míry umělé potratovosti a struktury žen v reprodukčním věku mezi Švédskem a Českem	60
Tab. 4	Dekompozice změny obecné míry umělé potratovosti a struktury žen v reprodukčním věku mezi lety 1985 a 2009 v Česku a ve Švédsku	61

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1	Významné změny v legislativě UPT mezi lety 1950–1959	19
Obr. 2	Významné změny v legislativě UPT mezi lety 1960–1969	20
Obr. 3	Významné změny v legislativě UPT mezi lety 1970–1979	21
Obr. 4	Významné změny v legislativě UPT mezi lety 1980–1989	23
Obr. 5	Významné změny v legislativě UPT mezi lety 1990–1999	25
Obr. 6	Významné změny v legislativě UPT mezi lety 2000–2010	26
Obr. 7	Souvislost stupně legislativy UPT a indexu lidského rozvoje v roce 2011	30
Obr. 8	Souvislost stupně legislativy a podílu katolíků v roce 2011	30
Obr. 9	Vývoj indexu umělé potratovosti ve státech severní Evropy v období 1950–2009	40
Obr. 10	Vývoj indexu umělé potratovosti ve státech východní Evropy v období 1956–2009 ..	42
Obr. 11	Vývoj indexu umělé potratovosti ve státech západní Evropy v období 1972–2009	44
Obr. 12	Vývoj indexu umělé potratovosti ve státech jižní Evropy v období 1979–2009	46
Obr. 13	Vývoj indexu umělé potratovosti v anglicky mluvících státech v období 1968–2009 .	48
Obr. 14	Vývoj indexu umělé potratovosti v Japonsku a Izraeli v období 1950–2009	49
Obr. 15	Souvislost stupně legislativy UPT a indexu umělé potratovosti v roce 1985	50
Obr. 16	Souvislost stupně legislativy UPT a indexu umělé potratovosti v roce 2009	51
Obr. 17	Změny variačního koeficientu indexu umělé potratovosti mezi státy s povolením UPT z jiných než zdravotních důvodů mezi lety 1950–2009	52
Obr. 18	Index umělé potratovosti ve věkové kategorii -19 v letech 1985, 1995 a 2009	54
Obr. 19	Míra umělé potratovosti ve věkové kategorii -19 v letech 1985, 1995 a 2009	54
Obr. 20	Index umělé potratovosti ve věkové kategorii 20–34 v letech 1985, 1995 a 2009 ...	55
Obr. 21	Míra umělé potratovosti ve věkové kategorii 20–34 v letech 1985, 1995 a 2009	56
Obr. 22	Index umělé potratovosti ve věkové kategorii 35+ v letech 1985, 1995 a 2009	57
Obr. 23	Míra umělé potratovosti ve věkové kategorii 35+ v letech 1985, 1995 a 2009	57
Obr. 24	Vývoj indexu umělé potratovosti podle věku ženy v Česku a Švédsku mezi lety 1976–2009	59

Obr. 25	Vývoj míry umělé potratovosti podle věku ženy v Česku a Švédsku mezi lety 1976–2009	59
Obr. 26	Podíl UPT podle počtu předchozích živě narozených dětí v Česku a ve Švédsku v roce 1990 a 2009	61
Obr. 27	Míra umělé potratovosti ve věkové kategorii -19 a 35+ v roce 1985	63
Obr. 28	Míra umělé potratovosti ve věkové kategorii -19 a 35+ v roce 2009	63
Obr. 29	Souvislost míry umělé potratovosti ve věku -19 a míry plodnosti ve věku -19 v roce 1985	64
Obr. 30	Souvislost míry umělé potratovosti ve věku 35+ a míry plodnosti ve věku 35+ v roce 1985	65
Obr. 31	Souvislost míry umělé potratovosti ve věku -19 a míry plodnosti ve věku -19 v roce 2009	66
Obr. 32	Souvislost míry umělé potratovosti ve věku -35+ a míry plodnosti ve věku 35+ v roce 2009	67

Kapitola 1

Úvod

Možnost žen samostatně se rozhodnout, zda a kdy mít děti se stala důležitým předpokladem pro jejich plné zapojení do moderního života. Během 20. století došlo v mnoha zemích světa k legalizaci UPT ze široké škály důvodů, a ženám tak byla nabídnuta nová legální možnost kontroly plodnosti. Podle lékařského slovníku (Shiel, Stoppler, 2009, s. 2) je UPT (umělé přerušení těhotenství neboli interrupce či umělý potrat) definováno jako postup, pomocí něhož je z matčina těla záměrně vyjmut nebo jiným způsobem vyloučen plod před jeho životaschopností. Umělé přerušení těhotenství nebylo novým fenoménem po jeho formálním umožnění legislativou. Nelegální interrupce byly rozšířeny ve všech společnostech tím více, čím méně byly známy a dostupné prostředky proti nechtěným početím (Šubrtová, 2002). Tato bakalářská práce se zabývá pouze legálními UPT, tedy takovými, které jsou prováděny v souladu s legislativou jednotlivých států. Ačkoliv je legální UPT považováno za bezpečné, některé metody jeho vykonání mohou mít potenciální dopad na budoucí plodnost či riziko mimoděložního těhotenství. Legální UPT jsou prováděna několika způsoby, které lze obecně rozlišit na chirurgické a chemické (pomocí tzv. „potratové pilulky“). Existují dvě běžně užívané metody chirurgického UPT. V rané fázi těhotenství se používá vakuová aspirace (v Česku nazývána též miniinterrupce), která je vysoce efektivní a bezpečnou metodou, v pozdějších fázích těhotenství se UPT provádí pomocí kyretáže, která představuje větší riziko pro budoucí těhotenství (Ancel et al., 2004). Chemická interrupce pomocí steroidu RU 486 není umožněna ve všech státech, ve kterých je UPT legalizováno, a jeho legislativnímu postavení a vlivu na umělou potratovost bude věnována samostatná podkapitola.

S orientací bakalářské práce na legální UPT úzce souvisí její zaměření na vyspělé státy světa. Většina rozvojových států nejenže dosud nelegalizovala UPT z jiných než zdravotních důvodů (s výjimkou mnoha států Asie), ale neexistují za ně ani spolehlivá statistická data o UPT. Vymezení vyspělých států není jednotné. Pro tuto práci byly vybrány pouze nejvyspělejší státy světa sdružené v Organizaci pro ekonomickou spolupráci a rozvoj OECD, která měla v roce 2012 34 členů (OECD, 2011, s. 103). Konečný soubor analyzovaný v této bakalářské práci činí 28 států. Jedná se o státy jižní Evropy (Itálie, Portugalsko, Řecko a Španělsko), severní Evropy (Dánsko, Finsko, Norsko a Švédsko), východní Evropy (Česko, Estonsko, Maďarsko, Polsko, Slovensko a Slovinsko), západní Evropy (Belgie, Francie,

Německo, Nizozemsko, Rakousko a Švýcarsko), anglicky mluvící státy (Austrálie, Irsko, Nový Zéland, Spojené království a USA), Izrael a Japonsko. Rozdělení Evropy na jižní, severní, východní a západní, používané i v následném textu, vychází z klasifikace Spojených národů (např. UN, 2007) se změnou v případě Estonska a Slovinska, které jsou v této práci řazeny do východní Evropy. Toto členění užívané např. OECD nebo Světovou bankou (Alam et al., 2008) lépe reflektuje politický a společenský vývoj – všechny státy zde začleněné do východní Evropy mají společnou socialistickou minulost a z ní vyplývající nejen podobné trendy v liberalizaci zákonů o UPT, ale i další vlivy působící na hodnoty umělé potratovosti. Z členských států OECD bylo vyřazeno Lucembursko a Island pro málo početnou populaci a Jižní Korea, Mexiko a Turecko kvůli špatně dostupným informacím o UPT. Sledované období bylo omezeno na rozmezí od roku 1950 do současnosti, kdy probíhaly zásadní změny v legislativě UPT a trendech umělé potratovosti.

1. 1 Cíle práce

Ve vývoji legislativy UPT i v samotné umělé potratovosti a jejích trendech existovaly mezi vyspělými státy výrazné rozdíly. Cílem této bakalářské práce není jen prostý výčet legislativních změn a popis vývoje umělé potratovosti, ale především posouzení faktorů způsobujících odlišnosti v jednotlivých zemích a nalezení pravidelností v trendech mezi vyspělými státy v různých regionech světa. Srovnání států z hlediska UPT není v českém jazyce dosud v tomto zaměření podrobněji zpracováno a předložená práce by tak měla přinést na jedné straně komplexní přehled o problematice UPT ve vyspělých státech světa a na straně druhé nové informace o specifikách v jednotlivých státech.

1.2 Struktura práce

Celá bakalářská práce je rozdělena na 6 kapitol. Po úvodní kapitole následují dvě kapitoly teoretické. V kapitole 2 jsou diskutovány základní přístupy k UPT, popsána činnost institucí a organizací věnujících se této problematice a uvedeny některé konkrétní příklady činnosti těchto institucí či organizací. Kapitola 3 je zaměřena na podrobný rozbor legislativy UPT. Nejprve jsou obecně popsány podmínky, které se objevují v zákonech, vyhláškách a soudních nařízeních, zabývajících se UPT, následuje popis změn legislativy v jednotlivých vyspělých zemích od roku 1950 do současnosti. V další části kapitoly 2 je vypočteno skóre legislativy UPT a porovnáno s vyspělostí země a podílem obyvatelstva římskokatolického vyznání. Závěrem teoretické části je tabulka shrnující současný stav legislativy UPT ve vyspělých státech.

Analytická část začíná kapitolou 4 týkající se použité metodiky a dat. Kapitola 5 obsahuje samotnou analýzu umělé potratovosti. V její první podkapitole je analyzován celkový vývoj umělé potratovosti a faktory na ni působící. Jsou zde vyjasněny vlivy na změny v trendech charakteristické pro jednotlivé státy, porovnána změna pozice států v celkové struktuře

vyspělých států podle hodnot umělé potratovosti v roce 1985 a 2009 a popsány změny ve variabilitě umělé potratovosti ve vyspělých státech. Ve druhé podkapitole je umělá potratovost rozebrána blíže podle tří věkových skupin a na příkladu Česka a Švédska ukázány další možné postupy při hledání důvodů rozdílů v hodnotách a změnách trendů umělé potratovosti mezi státy.

Všechna zjištění této bakalářské práce jsou shrnuta v závěrečné kapitole 6.

Kapitola 2

Diskuse přístupů k umělému přerušování těhotenství

Téma UPT je velmi kontroverzní oblastí lidských práv a vyvolává zásadní otázky ohledně lidské existence. Zastánci UPT se domnívají, že plod není lidskou bytostí, protože tou se stává až v okamžiku narození. Rozhodnutí o ukončení těhotenství by podle nich mělo být svobodnou a nezávislou volbou ženy. Naopak odpůrci UPT uvažují embryo jako člověka již od početí, a UPT tak považují za vraždu (Obinger-Gindulis, 2008). Tyto dva základní přístupy k interrupcím lze označit jako „pro-choice“ a „pro-life“.

Přístup „pro-choice“ je reprezentován například Světovou organizací pro plánování rodiny (International Planned Parenthood Federation IPPF). Tato organizace ve své publikaci Charta sexuálních a reprodukčních práv (IPPF, 1996, s. 16) mj. uvádí, že každý má právo rozhodnout se, zda a kdy mít děti a každý má právo užívat produktů vědeckého pokroku, z čehož vyplývá, že každá žena by měla mít přístup k technologiím týkajících se antikoncepce či interrupce. Další organizací zastávající přístup „pro-choice“ je Centrum pro reprodukční práva (Center for Reproductive Rights CRR). Podle Centra pro reprodukční práva (CRR, 2004) by vlády jednotlivých států měly zajistit, aby bylo možno provést UPT na žádost ženy bez zjišťování důvodů, které ji k tomu vedou. Toto opatření může pomoci k minimalizaci nelegálních umělých potratů, které často vedou ke zdravotním komplikacím, či dokonce úmrtí těhotné ženy. Stejný názor se objevuje i v publikacích Světové zdravotnické organizace (např. WHO, 2008) či amerického Guttmacher Institutu (Singh et al., 2009), který se snaží o osvětu v sexuálním chování a v reprodukčním zdraví a právech.

Nejvýraznějšími zastánci přístupu „pro-life“ jsou různé náboženské organizace. Výrazně se proti UPT vymezuje především katolická církev. Dítě má podle její oficiální nauky právo na život již od početí a interrupce je nemorální a „hanebnou“ (Koláček, 2001, s. 382). Podle Pavoneho (1994) z amerického hnutí Kněží pro život (Priests for life) je oficiální přístup k interrupcím založen na dvou lžích, a to, že plod není člověk a také, že UPT pomáhá ženám. Katolická církev zastřešuje také největší mezinárodní „pro-life“ organizaci Světové společenství lidského života (Human Life International HLI). Pod záštitou této organizace byla vydána podrobná příručka (Clowes, 2010), která se v otázkách a odpovědích věnuje mimo interrupci i negativnímu postoji k antikoncepci, homosexualitě, asistované reprodukci, eutanazii apod.

Autor v této knize silně odsuzuje činnost skupin „pro-choice“ a jejich snahu o legalizaci UPT nepovažuje za zájem o život ženy, ale tvrdí, že jde vždy jen o peníze.

Islám je ze své podstaty také silně proti UPT, ale dikce jeho představitelů není tak ostrá, jako v případě katolické církve (Bowen, 1997). Muslimská divize existuje například při Společnosti pro ochranu nenarozených dětí (Society for the Protection of Unborn Child SPUC). Mnohá další náboženství, jako je judaismus či některé protestantské křesťanské církve se nepřiklání přímo ani k jednomu přístupu. Judaismus uznává některé důvodů pro UPT, odmítá ho však na žádost ženy. Konečné rozhodnutí, závazné pro lékaře i ženu, by mělo být na rabínovi (Mátel, 2007). Zastánci a odpůrci UPT se často dostávali do sporů, jejich činnost ovlivňovala vlády států při rozhodování o legislativě a často byli iniciátory soudních sporů, které vytvořily precedenty pro další případy. Argumenty jednotlivých skupin mají však v různých státech různou váhu. Neplatí také výrazná závislost mezi podílem katolíků v zemi a přísností zákona o UPT (Obinger-Gindulis, 2008). Nejextrémněji se stoupenci „pro-life“ iniciativ projevují v USA. Od počátku 90. let zde bylo zavražděno několik lékařů provádějících interrupce. Nejznámějšími případy jsou vraždy z let 1993 a 1994 provedené na Floridě extrémisty z místních „pro-life“ skupin (Korcok, 1995). V poslední době byl velmi diskutovaný případ lékaře Tiller, který vedl kliniku provádějící UPT v Kansasu a byl zastřelen v roce 2009 během mše v kostele anti-potratovým aktivistou (Pilkington, 2009).

Kapitola 3

Legislativa UPT a její vývoj

Již odedávna se do ochrany práv plodu, a to obvykle od okamžiku početí, snaží zasahovat stát. Tyto zásahy neprobíhají jen prostřednictvím přímé legislativy UPT, ale i pomocí trestního práva (Kühn, 1998, s. 5). Určení právního postavení UPT tak není jednoduché. Často je legislativa týkající se interrupcí zahrnuta v několika zákonech, vyhláškách či nařízeních. Zároveň právní postavení nemusí být jediným faktorem ovlivňujícím dostupnost UPT a v důsledku jsou v některých státech interpretovány zákony mnohem liberálněji a v jiných restriktivněji než je jejich doslovné znění.

Organizace spojených národů (UN, 2007) rozlišuje 7 základních okolností, za nichž je UPT povoleno:

- 1) pro záchranu života těhotné ženy
- 2) pro zachování fyzického zdraví těhotné ženy
- 3) pro zachování psychického zdraví těhotné ženy
- 4) těhotenství je výsledkem znásilnění nebo incestu
- 5) poškození plodu (eugenické důvody)
- 6) ekonomické nebo sociální důvody
- 7) na žádost těhotné ženy bez posuzování důvodů

Legislativy jednotlivých států obsahují i další podmínky, které musí být splněny, aby UPT bylo legální. Je to zejména gestační věk (neboli délka trvání těhotenství), do kterého může být interrupce provedena za výše uvedených okolností. Délka trvání těhotenství se počítá dvěma způsoby. Buď od prvního dne poslední menstruace, nebo od předpokládaného data koncepce. Většina států ve své legislativě přímo neurčuje metodu, která je určující pro výpočet gestačního věku. Výjimkou je např. Česko, kde se počítá s prvním dnem poslední menstruace či naopak Německo, kde se délka těhotenství určuje od předpokládaného data koncepce (IPPF, 2007). Hranicí pro provedení UPT z jiných důvodů než je záchrana života těhotné ženy či jejího fyzického zdraví, je nejčastěji životaschopnost plodu, která je v jednotlivých státech stanovena v rozmezí 20. až 24. týdne těhotenství. Nicméně téměř všechny státy podmiňují provedení UPT po prvním trimestru velmi přísnými podmínkami.

Další nařízení obsažené v legislativě mnoha států je podstoupení povinného poradenství a čekací lhůta mezi tímto poradenstvím a samotným provedením zákroku. Toto poradenství by

mělo informovat o možnostech ženy v případě, že by se rozhodla dítě donosit. Jedná se zejména o sdělení týkající se adopce, rodičovských příspěvků či antikoncepce. Nejdelší čekací lhůta ve vyspělých státech je sedm dní v Itálii a Francii, naopak státy severní Evropy či státy bývalého socialistického bloku nemají tuto podmínku ve svých zákonech většinou obsaženou (Fiala, 2005).

Důležitou podmínkou je bezpochyby také potřeba povolení UPT od dalších subjektů. Nejčastěji se jedná o povolení rodičů v případě, že o interrupci žádá nezletilá dívka, které vyžadují téměř všechny vyspělé státy. Naopak povolení manžela, typické hlavně pro islámské státy, není potřeba ani v jednom z vyspělých států (UN, 2001). Legislativa některých států vyžaduje odsouhlasení důvodů pro UPT dalšími lékaři, popř. komisí. Nezbytnou součástí znění zákonů je také vymezení potřebné kvalifikace zdravotnického personálu a určení zdravotnických zařízení oprávněných vykonávat UPT. Např. ve Spojeném království může žena podstoupit UPT pouze ve veřejné nemocnici (Rahman et al., 1998). Nelze opomenout ani výši poplatku za provedení UPT, která může být pro mnohé ženy jedním z hlavních faktorů ovlivňujícím její rozhodnutí o interrupci. Ve vyspělých státech je UPT převážně zpoplatněno z jiných než zdravotních důvodů či je cena snížena v závislosti na nízkém věku těhotné ženy, okolnostech otěhotnění apod. UPT, prováděné ve veřejných zdravotnických zařízeních, je zcela propláceno ze zdravotního pojištění v Dánsku, Itálii, Nizozemsku, Norsku a Spojeném království (IPPF, 2007).

Rozdíl v dostupnosti UPT mezi městem a venkovem sice není problémem vyspělých států, ovšem i zde existují rozdíly mezi regiony v možnosti podstoupení UPT. Nejenže jednotlivé státy federací mohou mít různý výklad zákonů, ale také v některých regionech může být nedostatek lékařů ochotných provést interrupci. K tomuto rozhodnutí je opravňuje tzv. doložka svědomí, která umožňuje lékařům a dalšímu zdravotnickému personálu odmítnout výkon některých zákroků, včetně UPT, pokud je to v rozporu s jejich přesvědčením a morálními hodnotami. Ta je ustanovena v zákonech Itálie, Polska, Rakouska, Německa, Spojeného království či USA (Rahman et al., 1998). Obzvláště výrazné rozdíly se projevují v Itálii, kde v některých regionech v jižní části země uplatňuje doložku svědomí až 90 % lékařů. Toto je problémem i v Polsku, kde je UPT sice povoleno z důvodu znásilnění či incestu, ale je zde velmi málo lékařů, kteří ho jsou ochotni vykonat (UN, 2001).

Nejen legislativa státu samotného ovlivňuje dostupnost UPT pro jeho obyvatelky. Známým fenoménem je tzv. potratová turistika těhotných žen ze států s restriktivními zákony do okolních států s liberálnější legislativou. Typickým příkladem potratové turistiky jsou cesty žen z Irska či Severního Irska do Anglie, polských žen do Litvy či na Ukrajinu nebo žen mezi jednotlivými státy USA či Austrálie (Gilmartin, White, 2011). Zároveň však zákony některých vyspělých států obsahují či obsahovaly omezení výkonu UPT pouze pro domácí obyvatelky či ženy s trvalým pobytem v daném státě. Ve státech severních Evropy s jinak velmi liberální legislativou UPT bylo toto omezení odstraněno až po roce 2000. I přes snahu Rady Evropy (Council of Europe, 2008) o zvýšení dostupnosti UPT a odstranění bariér jejich výkonu mezi evropskými státy není interrupce povolena pro cizinky s krátkodobým pobytem v Česku a na Slovensku.

3.1 Legislativa UPT před rokem 1950

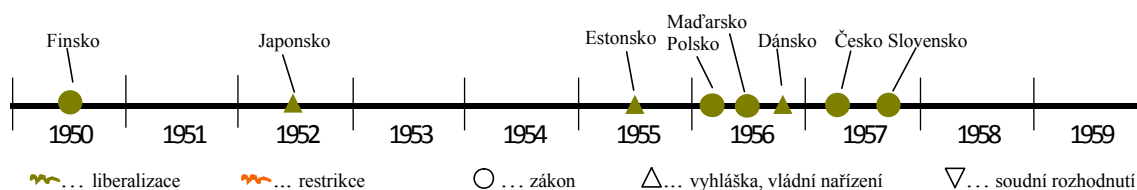
Před rokem 1950 bylo UPT ve většině států řešeno v trestních zákonících a nejčastěji povoleno pouze z důvodu zachrany života těhotné ženy, popř. zachrany jejího fyzického zdraví. Příkladem takového zákona byl zákon o zločinech proti člověku, který přijal britský parlament v roce 1861 a platil ve všech státech Britského impéria. Připouštěl UPT pouze pro záchranu života těhotné ženy a nelegální umělý potrat mohl být potrestán až doživotním vězením. V Irsku platí tento zákon dodnes (Kühn, 1998). V samotném Spojeném království se stalo precedentem rozhodnutí soudu z roku 1938, kdy byl osvobozen lékař, jenž provedl UPT čtrnáctileté dívky, která byla znásilněna (Simons, 1974, s. 639). Ve Francii bylo UPT považováno za vraždu podle legislativy založené na Napoleonově zákoníku z roku 1810. Přestože zde v průběhu 20. let 20. století došlo k několika změnám a UPT nebylo přísně stíháno, v roce 1942 se legislativa interrupcí vrátila k Napoleonovu zákoníku a platila až do poloviny 70. let (Bourgeois-Pichat, 1974, s. 558). Některé státy, jako např. Španělsko, sice nepovolovaly ve svých trestních zákonících žádné výjimky pro provedení UPT, ovšem ve skutečnosti byly umělé potraty povoleny pro záchranu života těhotné ženy podle obecných zásad trestního zákoníku (UN, 2001).

Inspirací pro mnohé státy byl sovětský zákon z roku 1920, kde bylo poprvé povoleno UPT z jiných než zdravotních důvodů. Tato legalizace byla vyvolána velkým počtem nelegálních umělých potratů, které byly prováděny z důvodu špatné ekonomické situace na území pozdějšího Sovětského svazu¹, a tedy zoufalostí žen, které nemohly zajistit výchovu svých dětí. Ve 30. letech ovšem nastalo znepokojení nad nízkou úrovní porodnosti a v roce 1936 byl umělý potrat opět kriminalizován (Gross-Solomon, 1992). V roce 1938 byl ve Švédsku přijat zákon, který povoloval UPT kromě zachrany života těhotné ženy i v případě, že se žena nacházela ve zdravotně-sociální nouzi. Tento zákon byl ještě liberalizován v roce 1946, kdy byly přidány další sociální podmínky, za kterých bylo možno UPT provést a současně se gestační věk pro UPT prodloužil na 24 týdnů. Oprávněnost důvodů pro UPT byla prověřována sociální pracovníci, která také poskytovala ženě povinné poradenství (Jonsson, 1974, s. 130). Dalším z vyspělých států, který umožnil UPT z eugenických a sociálních důvodů již před rokem 1950, bylo Japonsko. Zákon o ochraně eugeniky z roku 1948 vznikl jako důsledek situace Japonska po druhé světové válce, kdy byla země zničená válkou, obyvatelstvo rychle rostlo a vláda Japonska se snažila omezovat velikost rodiny (Norgren, 1998). Tento zákon je s několika novelizacemi platný dodnes.

3.2 Změny v legislativě UPT mezi lety 1950–1959

V 50. letech začaly své zákony liberalizovat především státy tehdejšího socialistického bloku a první státy severní Evropy. Většina států sice ještě nepovolovala interrupce na žádost těhotné ženy bez zjišťování důvodů, ale výrazně se rozšířily okolnosti, za nichž bylo možno UPT provést.

¹ Vznik Sovětského svazu až v roce 1922, zákon o UPT přijala Ruská sovětská federativní socialistická republika.

Obr. 1 – Významné změny v legislativě UPT mezi lety 1950–1959

Finský parlament v roce 1950 umožnil UPT na základě eugenických a sociálních důvodů a také pokud byla těhotná žena mladší než 16 let. UPT museli schválit dva lékaři a bylo povolováno pouze kolem 20–30 % ze všech žádostí (Piepponen, 1974, s. 103). Velmi podobná legislativa platila i v Dánsku po roce 1956². Zde bylo ovšem lékařskou komisí schvalováno téměř 90 % žádostí (UN, 2001).

V roce 1952 Japonsko ještě více liberalizovalo již platný zákon z roku 1948. Zrušilo komise, které musely posuzovat důvody k UPT, a nechalo rozhodnutí na samotném lékaři (Norgren, 1998).

Bývalé socialistické státy svojí legislativou následovaly Sovětský svaz³, který vyhláškou v roce 1955 znovu umožnil umělé potraty z jiných než zdravotních důvodů ze znepokojení nad vysokým počtem ilegálně prováděných UPT. Kromě některých zdravotních kontraindikací bylo v Sovětském svazu jediným omezením to, že žena nesměla podstoupit interrupci v uplynulých šesti měsících a UPT muselo být provedeno do 12. týdne těhotenství (Roemer, 1967). Podobný zákon přijaly v roce 1956 Maďarsko a Polsko a v roce 1957 Československo⁴. Dle polského (Ziolkowski, 1974, s. 455) a československého (Československo, 1957) zákona bylo UPT povoleno ze zdravotních a dalších důvodů zřetele hodných, tedy sociálních, či pokud bylo těhotenství výsledkem trestného činu, a tyto okolnosti musely být schváleny lékařskou komisí. V Maďarsku žádost o UPT ze sociálních i zdravotních důvodů posuzovala komise složená z lékaře, člena sociálního výboru místního úřadu a ženy navržené odbory (Klinger, 1974, s. 254). Ve všech těchto socialistických zemích muselo být UPT provedeno v lůžkovém zdravotnickém zařízení a bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

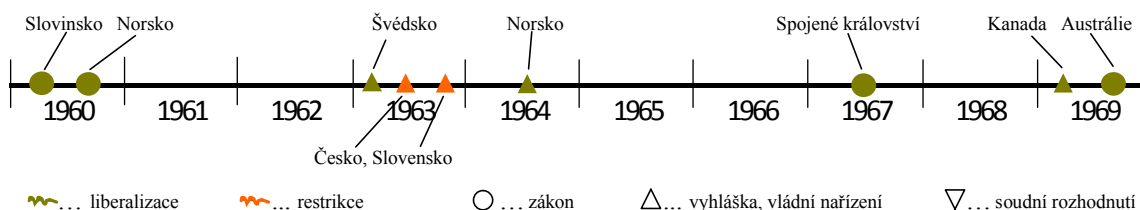
3.3 Změny v legislativě UPT mezi lety 1960–1969

V první polovině 60. let pokračovaly v liberalizaci zákonů o UPT severské státy, ve druhé polovině pak svoje zákony liberalizovaly první z anglicky mluvících zemí. Naopak Československo přidalo na začátku tohoto desetiletí do své legislativy podmínky znesnadňující dostupnost UPT.

² Změna zákona z roku 1937, který povoloval UPT na základě zdravotních a eugenických důvodů a v případě znásilnění či incestu.

³ Estonsko v letech 1940–1991 součástí Sovětského svazu.

⁴ Česko a Slovensko společný stát Československo do 31. 12. 1992.

Obr. 2 – Významné změny v legislativě UPT mezi lety 1960–1969

Na vlnu schvalování nových zákonů o UPT v socialistických zemích v 50. letech navázala svojí legislativou také Jugoslávie⁵ v roce 1960. UPT zde bylo povoleno kromě zdravotních indikací také z důvodů, které by mohly způsobit vážné ekonomické nebo rodinné problémy. UPT musela schválit komise složená z lékaře a dvou sociálních pracovníků, která měla současně povinnost informovat ženu o nebezpečnosti interrupce a odradit ji od jejího záměru (Potts, 1967).

Norsko v roce 1960 jako poslední ze států severní Evropy přijalo nový zákon o UPT, který ovšem vstoupil v platnost až v roce 1964. Na základě tohoto zákona byly umělé potraty povoleny pouze ze zdravotních a eugenických důvodů, ale komise složená ze dvou lékařů mohla v některých případech zahrnout pod ohrožení mentálního zdraví ženy i socioekonomické důvody (Roemer, 1967). Švédsko roku 1964 přidalo do svého zákona z roku 1938 možnost UPT z důvodu poškození plodu (Jonsson, 1974, s. 130).

Důležitou legislativní změnou se širokým dopadem byl zákon o interrupcích Spojeného království z roku 1967, který povolil UPT do 24. týdne těhotenství z eugenických i sociálních důvodů po schválení dvěma lékaři. Nevztahoval se na Severní Irsko, které zůstalo u zákona o zločinech proti člověku z roku 1861 (Simons, 1974, s. 640). Tento zákon podnítl změny v mnoha dalších anglicky mluvících státech. V roce 1969 novelizovala Kanada svůj trestní zákoník a dodala důvody pro UPT. I když ve znění zákona nebyly specifikovány socioekonomické okolnosti, v praxi byla interpretace velmi volná a lékařská komise umožňovala umělé potraty ze široké škály důvodů (Gauthier, Henripin, 1974, s. 419). V Austrálii změny zákonů o UPT probíhaly na úrovni federálních států. Jako první na zákon Spojeného království zareagovaly Jižní Austrálie a Severní teritorium, které v roce 1969 povolily UPT v případě ohrožení fyzického a psychického zdraví a z eugenických důvodů (Borrie, 1974, s. 287).

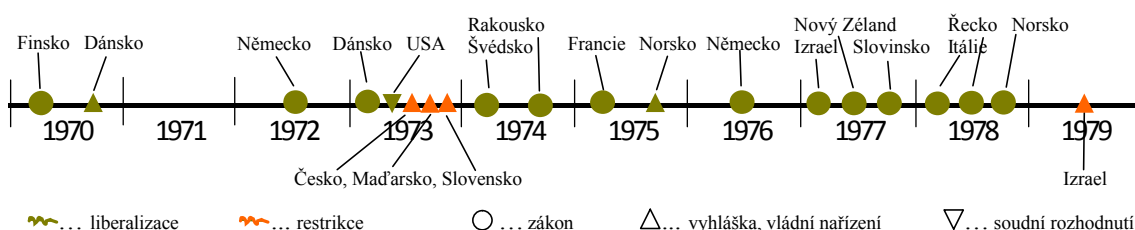
Československo přidalo v roce 1962 do svého zákona podmínku schválení UPT laickou komisí. Podobně jako v Maďarsku byla složena z lékaře, poslance národního výboru a člena populační komise národního výboru, popř. členky výboru žen. V tomto vládním nařízení byly také vyjmenovány důvody k UPT a nutnost provedení UPT nemocnicí v okrese trvalého bydliště (Československo, 1962).

⁵ Slovinsko do roku 1991 součást Jugoslávie.

3.4 Změny v legislativě UPT mezi lety 1970–1979

Vyspělé státy prodělaly největší vlnu liberalizace UPT v 70. letech. V souvislosti s liberálními politickými trendy a vzestupem některých ženských hnutí své zákony ještě více liberalizovaly severské státy, v přijímání nových zákonů pokračovaly anglicky mluvící země a ve druhé polovině 70. let uvolnily svoji legislativu UPT i západoevropské a první jihoevropské státy. Naopak některé bývalé socialistické státy v rámci pronatalitních opatření zpřísnily podmínky pro povolování UPT.

Obr. 3 – Významné změny v legislativě UPT mezi lety 1970–1979



Státy severní Evropy k liberalizaci svých zákonů přistoupily také proto, že lékařské komise již schvalovaly téměř všechny žádosti o interrupce. V Dánsku došlo v roce 1970 nejprve ke změně zákona z roku 1956, kdy byly přidány další sociální důvody, a v roce 1973 byl schválen nový, dodnes platící zákon. Ten povolil UPT na žádost ženy bez dalšího zjišťování důvodů do 12. týdne těhotenství (UN, 2001). Podobný postup proběhl i v Norsku. Nejprve byl vládním nařízením v roce 1975 změněn zákon z roku 1964, a tímto tak byly oficiálně přidány socioekonomické důvody jako oprávněné okolnosti pro UPT, které však muselo být i nadále schvalováno komisí. V roce 1978 byl pak přijat současný norský zákon o UPT, který umožnil umělé potraty v prvním trimestru na žádost ženy a v druhém trimestru po schválení lékařskou komisí. Bylo také povoleno provádět UPT před 12. týdnem těhotenství i mimo nemocnice, v jiných schválených zařízeních (IPPF, 2007). Dosud je platný také švédský zákon z roku 1974, který je jedním z nejliberálnějších zákonů upravujících UPT vůbec. Tímto zákonem byly povoleny interrupce do 12. týdne těhotenství bez dalších omezení a do 18. týdne po konzultaci se sociálním pracovníkem (UN, 2001). Nový zákon o UPT byl přijat ve Finsku v roce 1970. Rozšířil sociální indikace pro UPT z důvodu nízkého či vysokého věku těhotné ženy (do 17 let nebo nad 40 let) a více než čtyř dětí žijících v rodině (Piepponen, 1974, s. 103). Tento zákon platí dodnes a Finsko je tak jediným státem severní Evropy, kde není možné provést UPT na žádost ženy bez zjišťování důvodů. Výklad tohoto zákona je ovšem velmi volný a v praxi lékařská komise schvaluje téměř všechny žádosti (IPPF, 2007).

Současná legislativa UPT v USA vychází ze soudního rozhodnutí Nejvyššího soudu Roe versus Wade v roce 1973. Podstatou tohoto rozhodnutí bylo vyjádření soudní poroty, že život matky má přednost před životem plodu a těhotná žena má mít právo se sama rozhodnout o ukončení nechtěného těhotenství, které by v budoucnu mohlo ohrozit emocionální život ženy a výchovu dítěte. Podle tohoto rozhodnutí bylo možno v prvním trimestru provádět UPT na žádost těhotné ženy bez dalších omezení, úprava legislativy UPT v druhém trimestru byla ponechána na jednotlivých státech USA a ve třetím trimestru byly interrupce povoleny pouze

pro záchranu života či zdraví těhotné ženy (Finkelman, Urofsky, 2003). Posledním anglicky mluvícím vyspělým státem, který liberalizoval svoji legislativu UPT, byl Nový Zéland v roce 1977. UPT však povolil pouze ze zdravotních a eugenických důvodů a v případě incestu nebo mentálního postižení těhotné ženy, a to do 20. týdne těhotenství. Dva lékaři, nutní ke schválení interrupce, však mohli brát v úvahu i další indikace, přímo neuvedené v zákoně, jako znásilnění či nízký věk. Zákon z roku 1977 platí na Novém Zélandu dodnes (Bassett, 2001).

Na území dnešního Německa byla legislativa UPT odlišná⁶. Německá demokratická republika přijala v roce 1972 po vzoru ostatních socialistických zemí liberální interrupční zákon, na jehož základě bylo možné provádět UPT na požádání a zadarmo během prvního trimestru (Cook, Dickens, 1978). Obdobnou legislativu sice v roce 1975 schválil i parlament Spolkové republiky Německo, ale tato legislativa byla napadena u německého Ústavního soudu, který rozhodl, že je protiústavní. O rok později tak byl vydán nový zákon, který více chránil právo nenarozených dětí. Umožnil provádět UPT i ze sociálních důvodů a pokud bylo těhotenství výsledkem trestného činu. UPT z těchto důvodů bylo možno provést do 12. týdne těhotenství po schválení lékařem. Výklad zákona lékaři se však lišil podle regionu. Zatímco na severu země byly interrupce prakticky na požádání, na jihu země lékaři povolovali UPT v menší míře (UN, 2001). I v dalším německy mluvícím státě, Rakousku, byl liberální zákon o UPT napaden u Ústavního soudu. Zde však žalobu soud neuznal a dosud tak platí zákon z roku 1974, který povolil UPT na žádost ženy bez zjišťování důvodů v prvním trimestru po podstoupení lékařské konzultace. Dostupnost UPT je však značně omezena velkým počtem lékařů, kteří využívají doložku svědomí a odmítají interrupce provádět (UN, 2001).

Ve Francii vstoupil v platnost nový zákon o UPT v roce 1975. Po zkušební lhůtě byl definitivně potvrzen francouzským parlamentem v roce 1979. Do 10. týdne od předpokládaného data koncepce bylo možno provést UPT na žádost ženy, ovšem s podmínkou podstoupení konzultace s lékařem a sociálním pracovníkem a nejméně týdenní čekací lhůty mezi konzultací a samotným zákrokem (Francie, 1980).

K vlně liberalizace zákonů o UPT v 70. letech se připojil také Izrael. Do roku 1977 byly UPT posuzovány podle trestního zákoníku Spojeného království z roku 1861 o zločinech proti člověku. Nový zákon rozšířil indikace pro legální umělé potraty o eugenické a sociální důvody, těhotenství, které bylo výsledkem trestného činu a příliš nízký nebo vysoký věk ženy. Žádost ženy musela schválit komise složená ze dvou lékařů a sociálního pracovníka. Tento zákon byl však změněn hned dva roky po přijetí. Byly vyjmuty sociální a eugenické důvody a přidány další procedurální podmínky (Yishai, 1993).

Prvními jihoevropskými státy, které uvolnily svoje zákony o UPT byly v roce 1978 Itálie a Řecko. Itálie i přes vysoký podíl katolíků přijala velmi liberální zákon, který platí dodnes. Podle tohoto zákona (Itálie, 1978) bylo možno provést UPT do 90. dne těhotenství bez dalšího zjišťování důvodů po povinné konzultaci ve středisku rodinného poradenství a následující týdenní čekací lhůtě. V Řecku byla v roce 1978 sice přijata nová legislativa upravující UPT, ale podle ní byly interrupce povoleny pouze ze zdravotních a eugenických důvodů. Ovšem

⁶ Dnešní Spolková republika v letech 1949–1990 rozdělena na Spolkovou republiku Německo a Německou demokratickou republiku.

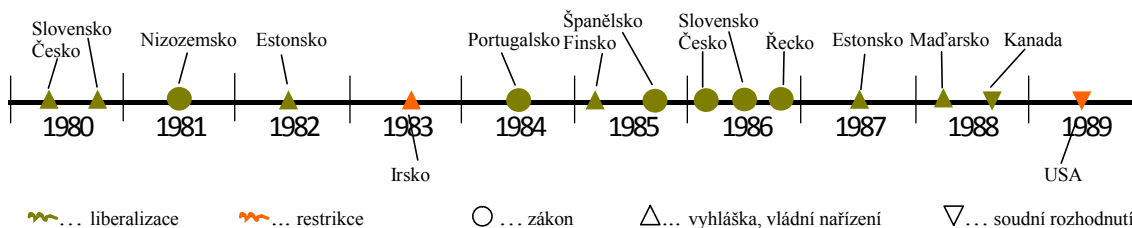
psychiatr, posuzující ohrožení mentálního zdraví ženy, mohl přihlížet i k sociálním důvodům (UN, 2001).

Maďarsko a Československo v rámci pronatalitních opatření na začátku 70. let postupovaly opačně než většina vyspělých zemí a do svých zákonů přidaly některé podmínky, které ztížily dostupnost UPT především pro vdané ženy. Maďarsko navíc zrušilo možnost UPT v případě vady plodu (UN, 2001). Některé socialistické státy, jako byla např. Jugoslávie, však svoje zákony liberalizovaly. Nový zákon, který je ve Slovinsku platný dodnes, povolil UPT bez schvalování komisí na požádání do 10. týdne těhotenství, nezavedl povinnou konzultaci a dokonce ani povinné schválení UPT nezletilé dívky rodiči (Pinter et al., 2005).

3.5 Změny v legislativě UPT mezi lety 1980–1989

Osmdesátá léta znamenala pokračování liberalizace zákonů o UPT v jižní Evropě a ve druhé polovině tohoto období také zrušení laických komisí v některých tehdejších socialistických státech a tudíž velké zvýšení dostupnosti UPT. Ve vyspělých státech probíhaly změny platných zákonů především prostřednictvím vyhlášek, vládních nařízení či v anglicky mluvících zemích soudních rozhodnutí.

Obr. 4 – Významné změny v legislativě UPT mezi lety 1980–1989



Jako v jednom z posledních západoevropských států byla liberalizována legislativa UPT v Nizozemsku v roce 1981. V zákoně, který je platný dodnes, byly stanoveny velmi volné podmínky pro UPT. Umělý potrat se může provádět na požádání ženy bez zjišťování důvodů do 13. týdne těhotenství a po schválení lékařem v podstatě až do životaschopnosti plodu, která je stanovena na 24. týden těhotenství. Jediným zákonem stanoveným omezením pro těhotnou ženu je tak povinná konzultace a pětidenní čekací lhůta mezi jejím podstoupením a zákrokem samotným (IPPF, 2007).

Nové zákony o UPT byly schváleny také ve Španělsku, Portugalsku a Řecku. Španělští zákonodárci sice přijali v roce 1983 nový zákon o UPT, než však stačil vstoupit v platnost, byl napaden u Ústavního soudu kvůli nedostatečné právní ochraně nenarozeného plodu. Na základě jeho rozhodnutí byl zákon přepracován a vydán v roce 1985. Tento zákon neumožňoval UPT ze socioekonomických důvodů, ale pouze z důvodů zdravotních a eugenických do 22. týdne těhotenství a v případě znásilnění do 12. týdne těhotenství (UN, 2001). Téměř totožný zákon byl přijat o rok dříve v Portugalsku, kde bylo oproti Španělsku povoleno UPT i z důvodu incestu a lhůta pro provedení interrupce, v případě těhotenství jako výsledku trestného činu, byla 16. týden těhotenství. Řecko přijalo mnohem liberálnější zákon. Tímto zákonem z roku 1986 se

povolilo UPT na žádost ženy bez zjišťování důvodů, a to do 12. týdne těhotenství. Limit byl prodloužen na 19. týden těhotenství v případě mládí těhotné ženy, znásilnění či incestu a na 24. týden těhotenství v případě poškození plodu (UN, 2001).

V roce 1986 Československo novým zákonem zcela zrušilo interrupční komise a umožnilo tak UPT na žádost ženy bez zjišťování důvodů. Tomuto zákonu předcházela vyhláška z roku 1980, která zmírnila podmínky minimální doby mezi provedením dvou UPT (Československo, 1980). Nový zákon, který platí dodnes v Česku i na Slovensku, povolil UPT na požádání do 12. týdne těhotenství, pokud tomu nebrání zdravotní stav ženy (Československo, 1986). V Maďarsku byly v roce 1988 laické interrupční komise nahrazeny lékařskými (UN, 2001). Liberalizace zákona o UPT proběhla i v Estonsku, jako součásti Sovětského svazu. Byla prodloužena lhůta pro provádění UPT na 28. týden těhotenství, a to nejprve v roce 1982 ze zdravotních důvodů a v roce 1987 i z důvodů úmrtí či uvěznění muže, rozvodu, těhotenství jako výsledku trestného činu, vyššího počtu dětí v rodině a některých dalších sociálních indikací (UN, 2001). Podobným způsobem jako v Sovětském svazu byla zvýšena dostupnost UPT i ve Finsku. Vyhláška z roku 1985 prodloužila možnost provedení UPT do 20. týdne těhotenství v případě nízkého věku těhotné ženy či z některých sociálních důvodů. Tyto důvody však na rozdíl od Sovětského svazu musely být i v prvním trimestru těhotenství schváleny dvěma lékaři (UN, 2001).

V Kanadě a USA změnila legislativu dvě soudní rozhodnutí z konce 80. let. Kanadský Nejvyšší soud v roce 1988 v případě *R. v. Morgentaler* rozhodl, že dosavadní zákon z roku 1969 byl protiústavní, protože nezaručoval svobodu a bezpečnost žen tím, že jim nedovolil se rozhodnout o ukončení svého těhotenství a zvýhodňoval život plodu před životem ženy. Podle soudu tento zákon navíc nespravedlivě zvýhodňoval veřejné nemocnice (Kanada, 1988). Vláda Kanady se poté snažila neúspěšně prosadit novou legislativu a nakonec rozhodla, že Kanada zůstane bez federativní legislativy UPT (UN, 2001). Naopak podle rozhodnutí Nejvyššího soudu USA v případě *Webster v. Reproductive Health Services* z roku 1989 byla dána větší možnost jednotlivým státům federace omezovat dostupnost UPT. Mnoho z nich tak zpřísnilo podmínky pro UPT prostřednictvím povinných konzultací a čekacích lhůt, povinných souhlasů manžela či přímo zúžením podmínek, za nichž je UPT povoleno (UN, 2001).

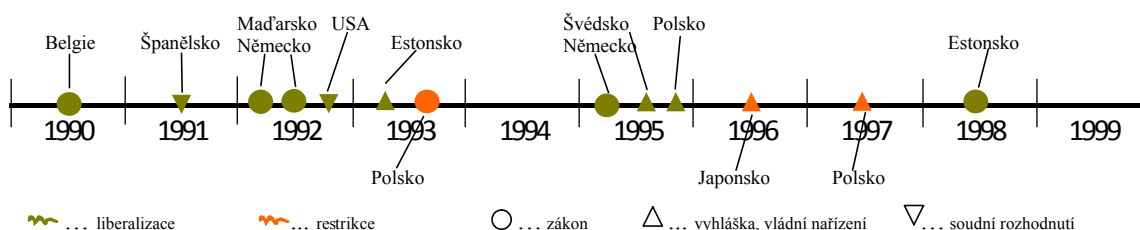
Irsko dodatkem do ústavy v roce 1983 postavilo právo na život nenarozeného plodu na úroveň práva na život ženy. Tato ústavní změna, schválená v referendu, v praxi sice neznamenal žádnou změnu, protože stále platil zákon z roku 1861, ale znatelně posílila napětí mezi „pro-life“ a „pro-choice“ skupinami v Irsku (Girvin, 1986).

3.6 Změny v legislativě mezi lety 1990–1999

Na začátku 90. let proběhlo v legislativě UPT velké množství menších změn souvisejících s rozpadem východního bloku a tedy změnou politického systému, popř. vytvořením nových států. Velké diskuse probíhaly především v Polsku, kde se legislativa měnila vícekrát během několika let tak, jak se střídaly konzervativní či liberální vlády a také v Německu, kde se dlouho nedařilo sjednotit zákony bývalého západního a východního Německa. V dalších vyspělých

státech probíhaly změny legislativy především na úrovni vyhlášek, vládních nařízeních či soudních rozhodnutí.

Obr. 5 – Významné změny v legislativě UPT mezi lety 1990–1999



Belgický parlament v roce 1990 po diskusích trvajících od počátku 70. let zrušil obecný zákaz UPT a přijal nový liberální zákon, který umožnil ženám podstoupit interrupci do 12. týdne těhotenství na požádání a stanovil podmínku podstoupit před provedením zákroku konzultaci o alternativách k UPT a následnou šestidenní čekací lhůtu. Zákon neomezil limit pro provedení UPT při ohrožení zdraví ženy ani při vážném ohrožení plodu (IPPF, 2007). V roce 1995 ještě více liberalizovalo už tak velmi volný zákon Švédsko. Zrušilo nařízení podstupovat při žádosti o UPT mezi 12. a 18. týdnem těhotenství konzultaci se sociálním pracovníkem a ženám tak dalo možnost UPT bez dalších podmínek až do 18. týdne těhotenství, tedy nejvíce ze všech vyspělých států (UN, 2001).

Na začátku 90. let také proběhla dvě soudní řízení, která se stala významnými precedenty. První z nich se konalo v roce 1991 ve Španělsku a jeho výsledkem bylo za určitých okolností povolení UPT ze socioekonomických důvodů (UN, 2001). Současná legislativa USA vychází z rozsudku soudního řízení, které proběhlo v roce 1992. Tento rozsudek Nejvyššího soudu potvrdil platnost precedentu z roku 1973, že život ženy má přednost před životem plodu, a zrušil tak rozsudek z roku 1989. Ponechal ovšem státům možnost rozhodovat o své legislativě v oblasti UPT (UN, 2001).

Maďarsko s novou demokratickou vládou přijalo v roce 1992 zákon, který zrušil i lékařské komise a povolil UPT bez zjišťování důvodů do 12. týdne těhotenství. Byla však přidána podmínka podstoupení dvojí konzultace a třídní čekací lhůty mezi první a druhou konzultací, která je prováděna bezprostředně před zákrokem (IPPF, 2007). Estonsko po osamostatnění nejprve přejalo sovětský zákon a provedlo v něm několik drobných změn, včetně zkrácení limitu pro UPT z některých zdravotních a sociálních důvodů z 28. na 20. týden těhotenství, povolení provádění interrupcí v soukromých klinikách a odstranění podmínky, že žena nesmí podstoupit UPT, pokud už bylo provedeno před méně než 6 měsíci. Nový zákon z roku 1998 přidal navíc vyšší dotování hormonální antikoncepce do 3 měsíců od zákroku a především formálně zavedl vlastní legislativu UPT v Estonsku (IPPF, 2007).

V dalším bývalém socialistickém státě, Polsku, byl nejprve v roce 1993 vydán nový zákon, který výrazně zpřísnil podmínky pro provádění UPT. Tento zákon, který podporovala nejen katolická církev, ale také konzervativní politici z hnutí Solidarita, povolil UPT pouze na základě zdravotních indikací, v případě těžkého poškození plodu a také pokud bylo těhotenství výsledkem trestného činu (Girard, Nowicka, 2002). Se změnou vlády v roce 1994 přišla po dvou letech i opětovná liberalizace zákona o UPT. To bylo povoleno po povinné konzultaci

do 12. týdne těhotenství ze socioekonomických okolností a z důvodů dalších obtížných životních podmínek. Tento zákon ovšem narazil na tvrdou kritiku především ze strany církve a byl napaden u Ústavního soudu, který o rok později shledal několik z článků vyhlášky jako protiústavní. Zároveň byla vytvořena nová vláda, která se na konci roku 1997 vrátila k zákonu z roku 1993 (Eberts, 1998). Polská legislativa v této podobě platí dodnes.

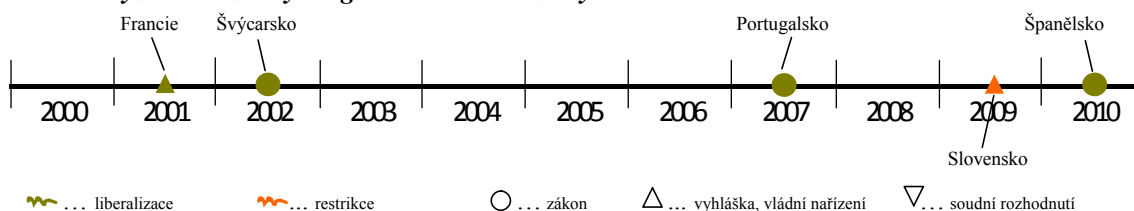
Situace byla komplikovaná i ve znovusjednoceném Německu. Zatímco v bývalé Německé demokratické republice platil velmi liberální zákon, který umožňoval UPT na požádání, v bývalé Spolkové republice Německo bylo UPT možné pouze po schválení lékařem. Kompromisem byl zákon z roku 1992, který sice umožnil do 12. týdne interrupce na požádání, ale až po podstoupení povinného poradenství a třídenní čekací lhůty. V roce 1993 sice Ústavní soud Německa rozhodl, že některá ustanovení nového zákona jsou protiústavní, protože nedostatečně chrání právo nenarozeného dítěte, nicméně nový zákon, přijatý na základě tohoto rozhodnutí v roce 1995, ponechal ženě možnost se svobodně rozhodnout o ukončení svého těhotenství do 12. týdne těhotenství (UN, 2001).

Jediná významná změna od přijetí zákona na přelomu 40. a 50. let proběhla v Japonsku v roce 1996. Po kritice nejrůznějších organizací, především zdravotně postižených, byly z indikací pro potrat vyjmuty eugenické důvody a slovo „eugenické“ bylo odstraněno také ze všech pasáží zákona (Kazuyo, 2001).

3.7 Změny v legislativě po roce 2000

Po roce 2000 už v legislativě UPT neprobíhalo příliš mnoho změn. Pouze v posledních letech přijaly nové liberální zákony o UPT dva jihoevropské státy, Portugalsko a Španělsko. Před nimi ještě liberalizovalo svoji legislativu Švýcarsko. Drobnější změna směrem ke zvýšení dostupnosti UPT proběhla ve Francii, naopak na Slovensku byl zákon UPT mírně zpřísněn.

Obr. 6 – Významné změny v legislativě UPT mezi lety 2000–2010



Referendum ve Švýcarsku v roce 2002 rozhodlo o přijetí nového zákona o UPT na žádost ženy do 12. týdne těhotenství. Tato žádost sice nemusí být schvalována, žena však musí písemně udat, z jakých důvodů o UPT žádá (IPPF, 2007).

V Portugalsku a Španělsku platily do roku 2007 podobné zákony z 80. let, které nepovolovaly UPT ani ze socioekonomických důvodů, natož na žádost těhotné ženy. Nový zákon umožňující UPT na žádost ženy byl přijat nejdříve v roce 2007 v Portugalsku a o tři roky později také ve Španělsku. Jedinou významnou odlišností těchto dvou zákonů je doba trvání

těhotenství pro provedení interrupce bez zjišťování důvodů, která je v Portugalsku stanovena na 10. týden a ve Španělsku na 14. týden (CRR, 2011).

Ve Francii byl v roce 2001 mírně liberalizován zákon o UPT tak, že doba trvání těhotenství pro provedení UPT na žádost těhotné ženy bez zjišťování důvodů byla prodloužena na 14. týden těhotenství a také tak, že nezletilé těhotné dívky nepotřebují souhlas rodičů k UPT (CRR, 2011). Opačným směrem posunulo svůj zákon Slovensko, když vyhláškou z roku 2009 zavedlo povinné konzultace a dvoudenní čekací lhůtu. Podobné změny se plánují i v dalších východoevropských zemích a naznačují tak nový trend zpřísnování zákonů o UPT v tomto regionu (CRR, 2011).

3.8 Legalizace RU 486 a její dopad na dostupnost UPT

RU 486 neboli Mifepriston je steroid, který blokuje účinek hormonu progesteronu nutného k udržení těhotenství v jeho počáteční fázi. Jeho výhodou oproti chirurgickým UPT je větší bezpečnost při užití, a to i opakovaném, a také pro mnoho žen menší psychická bariéra. Naopak problémem je, že u této metody je nutná přesná diagnostika těhotenství, protože při mimoděložním těhotenství může být použití Mifepristonu velmi riskantní a spolehlivost úplné interrupce pomocí RU 486 se pohybuje pouze kolem 95 % (Fiala, Gemzell-Danielsson, 2006). Tento prostředek byl vyvinut a testován na začátku 80. let ve Francii a Francie byla spolu s Čínou také prvním státem, který povolil jeho použití (Foster, 2009, s. 4). Následovaly další země po celém světě. V některých státech, které mají ve své legislativě přímo vypsane možné techniky pro UPT, bylo přijetí RU 486 upraveno zákonem, v jiných stačil k jeho legalizaci stejný postup jako při přijímání jiných léčiv (Banwell, Paxman, 1992). V legalizaci RU 486 nelze najít žádnou pravidelnost podle regionů a také neplatí, že státy s nejliberálnější legislativou UPT přijaly nejdříve tento prostředek. Mnohé státy s jinak velmi volnými podmínkami pro UPT, jako je Česko, Itálie, Slovensko či Slovinsko vůbec neumožňují použití RU 486. Naopak ve Španělsku bylo užití RU 486 povoleno před liberalizací zákona o UPT.

Tab. 1 – Legalizace RU 486 ve vyspělých státech

Rok	Stát
1988	Francie
1991	Spojené království
1992	Švédsko
1999	Belgie, Dánsko, Finsko, Izrael, Německo, Nizozemsko, Rakousko, Řecko, Španělsko, Švýcarsko
2001	Nový Zéland
2003	Estonsko
2005	Maďarsko
2007	Portugalsko
2009	Austrálie

Zdroj: vlastní zpracování podle medicationabortion.com (2012)

V jednotlivých státech platí rozdílné podmínky pro užití RU 486. Zatímco např. Spojené království a Švédsko povolují jeho použití do devíti týdnů od poslední menstruace, ve Francii,

Německu nebo USA je to pouze do sedmi týdnů. Zásadním omezením dostupnosti RU 486 je v některých státech složitý byrokratický postup pro jeho předepsání (Ebert, 2002). Navíc státy, které vyžadují povinné konzultace a čekací lhůty pro klasické UPT většinou to samé vyžadují i pro použití RU 486 a cena za provedení UPT pomocí RU 486 je většinou vyšší než u klasických chirurgických způsobů. I když podle Jones a Henshaw (2002) není cena většinou hlavním rozhodujícím faktorem při rozhodování o UPT. Mnoho států omezuje předepisování tohoto přípravku pouze na veřejné nemocnice.

Ze všech výše uvedených podmínek plyne různá dostupnost a využívání RU 486 pro UPT ve vyspělých státech. Ve Francii se pro interrupci v časném stádiu těhotenství využívá RU 486 asi v 35 % případů a ve Švédsku kolem 30 % případů, ve Spojeném království, Německu či Nizozemsku to je méně než v 10 % případů. Ovšem zatímco v Německu a Spojeném království je nižší podíl využití dán legislativními omezeními, příčinou menšího využívání RU 486 nizozemskými ženami jsou bezpečné a bezplatné chirurgicky prováděné UPT (Ebert, 2002). Rozdíly ve využívání RU 486 existují nejen mezi státy, ale i mezi regiony uvnitř jednotlivých států (Jones, Henshaw, 2002).

Podle Ebert (2002) či Jones a Henshaw (2002) nemá legalizace RU 486 výrazný vliv na rozhodování žen, zda podstoupit UPT. Sporný je dopad RU 486 na statistiku umělých potratů. Většina států registruje předepsání RU 486 jako umělý potrat a následně má tak jeho legalizace dopad na mírné zvýšení počtu UPT v časném stádiu těhotenství (Jones, Henshaw, 2002). Problematické jsou v tomto ohledu statistické údaje Francie, kde je RU 486 schváleno i k jiným účelům než je UPT a výsledkem je zmatek ve vykazování a nepřesné údaje o počtu provedených UPT (Jones, Henshaw, 2002).

3.9 Zhodnocení současného stavu legislativy UPT

Následující hodnocení legislativy UPT je založeno na metodice použité ve studii od Gindulis (2002), která přidělila státům 0–7 bodů podle dostupnosti UPT v prvním trimestru. Posuzovala nejen počet důvodů, za nichž je UPT povoleno, ale také povinnost schvalování komisí, zákonem dané konzultace či čekací lhůty a hrazení UPT z veřejného zdravotního pojištění. Zde je tato stupnice doplněna ještě o jednu kategorii a to, zda je povoleno použití RU 486.

Každému státu bylo nejprve přiděleno 0–6 bodů dle počtu okolností, za nichž je UPT povoleno v prvním trimestru a povinnosti konzultací:

- 0 bodů – pouze záchrana života těhotné ženy
- 1 bod – úzká indikace a potřeba schválení UPT minimálně dvěma nezávislými posudky
- 2 body – úzká indikace a potřeba schválení UPT jedním posudkem
- 3 body – širší indikace a potřeba schválení UPT minimálně dvěma nezávislými posudky
- 4 body – širší indikace a potřeba schválení UPT jedním posudkem
- 5 bodů – bez zjišťování důvodů s povinnou konzultací
- 6 bodů – bez zjišťování důvodů a bez povinné konzultace

Poté bylo toto skóre doplněno 0–1 bodem podle povinné čekací lhůty a hrazení UPT:

- 0 bodů – povinná čekací lhůta, nehrazeno z veřejného zdravotního pojištění

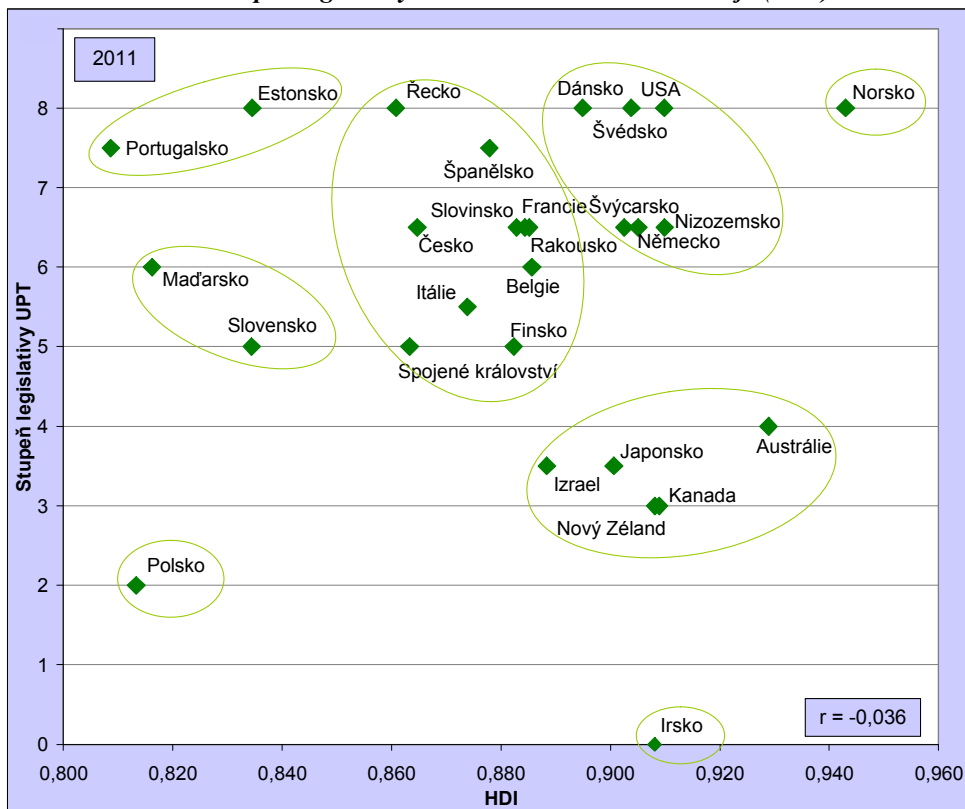
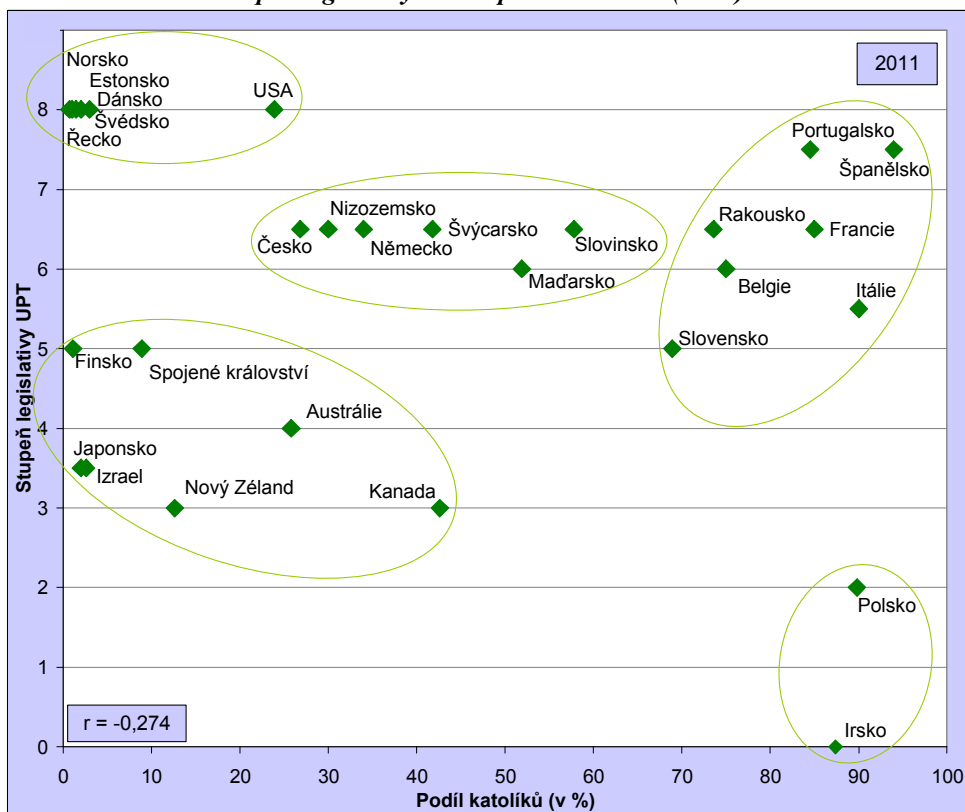
- 0,5 bodu – povinná čekací lhůta a hrazeno z veřejného zdravotního pojištění nebo není povinná čekací lhůta a nehrazeno z veřejného zdravotního pojištění
- 1 bod – není povinná čekací lhůta a hrazeno z veřejného zdravotního pojištění

Nakonec byl státu přidělen 1 bod v případě, že je povoleno používání RU 486.

Výsledné skóre stavu legislativy v roce 2012⁷ je zobrazeno v tab. 2. Nejliberálnější legislativa UPT platí ve státech severní Evropy mimo Finska a také v jihoevropských státech, přestože ještě před nedávnou dobou platily v Portugalsku i Španělsku jedny z nejpřísnějších zákonů v Evropě. Skóre bývalých socialistických států Česka, Slovenska či Slovinska snižuje to, že UPT není hrazeno ze zdravotního pojištění a zároveň zde není povoleno užití RU 486. V západoevropských zemích je nižší skóre především kvůli povinným konzultacím a čekacím lhůtám. Nejprísnejší legislativa UPT ve vyspělých státech je v Irsku a Polsku. Také anglicky mluvící země, s výjimkou USA, mají v zákonech obsaženo více podmínek znesnadňujících dostupnost UPT. I když v Kanadě a Austrálii mají jednotlivé státy federace možnost přijímat liberálnější legislativu, děje se tak pouze v malé míře.

Toto hodnocení umožňuje porovnání legislativy nejen s úrovní umělé potratovosti, jak bude popsáno v následující kapitole, ale také s mnoha socioekonomickými ukazateli. Na obr. 7 je znázorněna souvislost mezi stupněm liberalizace legislativy UPT a indexem lidského rozvoje (Human Development Index HDI). Tento index, vyjadřující vyspělost státu, se skládá ze tří částí: naděje dožití při narození, přístupu ke vzdělání (kombinace průměrné délky školní docházky ve věku 25 let a očekávané délky školní docházky ve věku vstupu do vzdělávacího systému) a hrubého domácího produktu na 1 obyvatele v paritě kupní síly (UNDP, 2011). Spearmanův koeficient korelace se blíží nule a ukazuje, že neexistuje souvislost mezi vyspělostí státu podle HDI a stupněm liberalizace legislativy UPT. Shlukovou analýzou (Příloha 1a) bylo identifikováno několik skupin států, jejichž vymezení dokumentuje neexistenci regionální závislosti mezi stupněm liberalizace legislativy UPT a vyspělostí státu podle HDI. Na obr. 8 je vyjádřena souvislost mezi stupněm liberalizace legislativy UPT a podílem katolíků. Také v tomto případě Spearmanův korelační koeficient vyšel menší než 0,3 a potvrdil tak tvrzení z kapitoly 2, že ačkoliv je katolická církev silně proti interrupcím, neplatí výrazná závislost mezi přísností zákona o UPT a podílem obyvatelstva vyznávajícího římskokatolickou víru. Na základě výsledků shlukové analýzy (Příloha 1b) lze popsat podobnost zemí dle stupně legislativy UPT a podílu obyvatelstva vyznávajícího římskokatolickou víru. Především jihoevropské státy Itálie, Portugalsko a Španělsko, ale také Francie, Belgie a Slovensko mají i přes vysoký podíl katolíků velmi liberální legislativu. Katolická církev není ovšem jediná vymezující se proti UPT a státy, v nichž většina obyvatel vyznává jinou víru, mohou mít také restriktivní legislativu, jako je tomu v případě Izraele s převahou obyvatelstva vyznávajícího judaismus. Izrael vytvořil skupinu s anglicky mluvícími státy a Finskem, ve kterých dominují různé směry protestantského vyznání, stejně jako u dalších států severní Evropy a USA s nejliberálnější legislativou.

⁷ Stav legislativy v roce 1985 zobrazen v Příloze 5.

Obr. 7 – Souvislost stupně legislativy UPT a indexu lidského rozvoje (HDI) v roce 2011**Zdroj:** vlastní zpracování podle IPPF (2007), UN (2001), CRR (2011) a UNDP (2011)**Poznámka:** vymezení skupin zemí podle shlukové analýzy (Příloha 1a)**Obr. 8 – Souvislost stupně legislativy UPT a podílu katolíků (v %) v roce 2011****Zdroj:** vlastní zpracování podle IPPF (2007), UN (2001), CRR (2011) a CIA (2011)**Poznámka:** vymezení skupin zemí podle shlukové analýzy (Příloha 1b)

Tab. 2 – Vybrané legislativní podmínky UPT ve vyspělých státech světa v roce 2012

Stát	Týden těhotenství, do kterého je UPT povolen z důvodu:				Platný zákon	Dřívější zákony	Další podmínky, poznámky	Poplatek, příplatek v \$ (2007) - jiné než zdravotní důvody	RU 486	Skóre
	bez zjišťování	socioekonomický	trestný čin	eugenický						
Švédsko	18. (PM)	18. (PM)	18. (PM)	zákonem neomezeno	1974	1938	–	příplatek 37–54	1992	8
Norsko	12. (K)	18. (K)	18. (K)	18. (K)	1978	1960	po 12. týdnu těhotenství nutný souhlas dvou lékařů, souhlas rodičů	0	2000	8
Dánsko	12. (PM)	16. (PM)	zákonem neomezeno	zákonem neomezeno	1973	1937	po 12. týdnu schvaluje 4členná lékařská komise, souhlas rodičů	0	1999	8
Řecko	12.	12.	19.	24.	1986	1978	souhlas rodičů	0	1999	8
Estonsko	11. (PM)	21. (PM)	21. (PM)	21. (PM)	1998	1955	vyšší dotace na hormonální antikoncepci do 3 měsíců od UPT	příplatek dle délky těhotenství	2003	8
USA	podle státu	podle státu	podle státu	podle státu	1973 + 1992 (rozhodnutí soudu)	–	legislativa se liší podle státu federace	podle státu	2000	8
Španělsko	14. (PM)	14. (PM)	14. (PM)	22. (PM)	2010	1985	souhlas rodičů	.	1999	7,5
Portugalsko	10. (PM)	10. (PM)	16. (PM)	24. (PM)	2007	1984	souhlas rodičů	dle délky těhotenství	2007	7,5
Německo	12. (K)	22. (K)	12. (K)	22. (K)	1995	1972, 1976, 1992	konzultace, čekací lhůta 3 dny	500	1999	6,5
Nizozemsko	13. (PM)	24. (PM)	24. (PM)	24. (PM)	1981	–	konzultace, čekací lhůta 5 dní, souhlas rodičů	0	1999	6,5
Rakousko	12. (K)	24. (K)	24. (K)	24. (K)	1974	–	konzultace	388–1085	1999	6,5
Česko	12. (PM)	12. (PM)	12. (PM)	24. (PM)	1986	1957	pouze české státní občanky a ženy s trvalým pobytem, souhlas rodičů	do 8. týdne: 132, poté 167	–	6,5
Francie	14. (PM)	14. (PM)	14. (PM)	zákonem neomezeno	1975	–	konzultace, čekací lhůta 7 dní, v druhém trimestru schválení 2 lékaři a psychologem	264–354	1988	6,5
Švýcarsko	12. (PM)	12. (PM)	zákonem neomezeno	zákonem neomezeno	2002	1937	souhlas rodičů	478–2392	1999	6,5

Tab. 2 – Výbrané legislativní podmínky UPT ve vyspělých státech světa

pokračování

Slovensko	10. (PM)	dle komise	dle komise	dle komise	1977	1960	po 10. týdnu nutný souhlas 2 lékařů a sociálního pracovníka	podle délky těhotenství	–	6,5
Belgie	12. (K)	12. (K)	12. (K)	24. (K)	1990	–	konzultace, čekací lhůta 6 dní	4	1999	6
Maďarsko	12. (PM)	12. (PM)	12. (PM)	24. (PM)	1992	1956	konzultace, čekací lhůta 3 dny, souhlas rodičů	117	2005	6
Itálie	12. (K)	12. (K)	zákonem neomezeno	zákonem neomezeno	1978	–	konzultace, čekací lhůta 7 dní, souhlas rodičů	0	–	5,5
Slovensko	12. (PM)	12. (PM)	12. (PM)	24. (PM)	1986	1957	konzultace, čekací lhůta 2 dny, souhlas rodičů	257	–	5
Finsko	–	12.	12.	24.	1970	1950	ke schválení UPT do 12. týdne nutný souhlas dvou lékařů, po 12. týdnu Národní lékařskou komisí	0	1999	5
Spojené království	–	24.	–	zákonem neomezeno	1967	–	souhlas 2 lékařů, UPT z důvodu trestného činu může být zahrnuto pod ohrožení mentálního zdraví	0	1991	5
Austrálie	podle státu	podle státu	podle státu	podle státu	1969	–	legislativa se liší podle státu federace	do 12. týdne 300, poté 500	2009	4
Japonsko	–	24.	24.	–	1948	–	–	900	–	3,5
Izrael	–	–	zákonem neomezeno	zákonem neomezeno	1977	–	ke schválení nutný souhlas komise, výjimky ze zákazu UPT: věk pod 17 nebo nad 40 let, těhotenství nevdané ženy	265	1999	3,5
Kanada	podle státu	podle státu	podle státu	podle státu	1988 (rozhodnutí soudu)	1969	nemá federativní legislativu, liší se podle států federace	–	–	3
Nový Zéland	–	–	–	zákonem neomezeno	1977	–	souhlas 2 lékařů	–	2001	3
Polsko	–	–	dle komise	dle komise	1993	1956	souhlas 2 lékařů	–	–	2
Irsko	–	–	–	–	1861	–	potratová turistika do Anglie či Nizozemska	–	–	0

Poznámky: Výpočet skóre: 0 bodů – jen záchrana života těhotné ženy, 1 bod – úzká indikace a potřeba schválení UPT min. dvěma posudky, 2 body – úzká indikace a potřeba schválení UPT jedním posudkem, 3 body – širší indikace a potřeba schválení UPT min. dvěma posudky, 4 body – širší indikace a potřeba schválení UPT jedním posudkem, 5 bodů – bez zjišťování důvodů s povinnou konzultací, 6 bodů – bez zjišťování důvodů a bez povinné konzultace + 0 bodů – povinná čekací lhůta, nehrazeno z veřejného zdravotního pojištění, 0,5 bodu – povinná čekací lhůta a hrazeno z veřejného zdravotního pojištění nebo bez povinné čekací lhůty a hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, 1 bod – bez povinné čekací lhůty a hrazeno z veřejného zdravotního pojištění + 1 bod – povolení RU 486

K – výpočet týdnu těhotenství od předpokládaného data koncepce, PM – výpočet týdnu těhotenství od prvního dne poslední menstruace

Zdroj: vlastní zpracování podle Gindulis (2002), IPPF (2007), UN (2001), CRR (2011), SVSS (2012), medicationabortion.com (2012); státy seřazeny podle skóre

Kapitola 4

Metodologie a data

Pro vyjádření úrovně umělé potratovosti se nejčastěji používají ukazatele obecná míra umělé potratovosti, úhrnná umělá potratovost a index umělé potratovosti. Obecná míra umělé potratovosti (po^u) je počítána jako počet UPT připadajících na 1000 žen středního stavu ve fertilním věku. Střední stav je vztažen k 1. 7. daného roku (Pavlík, Kalibová, 2005, s. 96). Datová základna většiny států bohužel neumožňuje výpočet úhrnné umělé potratovosti. Úhrnná umělá potratovost je součtem měr umělé potratovosti podle věku a vyjadřuje průměrný počet UPT na jednu ženu během jejího reprodukčního období (Pavlík, Kalibová, 2005, s. 96). V této práci je použit index umělé potratovosti (ipo^u), který se počítá jako počet UPT na 100 živě narozených dětí v daném kalendářním roce (Pavlík, Kalibová, 2005, s. 96). Umožňuje tak lépe porovnat, do jaké míry je UPT používáno pro kontrolu plodnosti v jednotlivých vyspělých zemích světa a také odráží volbu ženy, zda porodit dítě, či podstoupit UPT.

$$ipo^u = \frac{A^u}{N^v} * 100$$

kde:

ipo^u index umělé potratovosti

A^u počet UPT

N^v počet živě narozených

$$po^u = \frac{A^u}{{}_{1.7.}P_{15-49}^z} * 1000$$

kde:

po^u míra umělé potratovosti

A^u počet UPT

${}_{1.7.}P_{15-49}^z$ střední stav žen v reprodukčním věku

Počet provedených UPT nabízí v různé kvalitě a úplnosti několik institucí. Za evropské státy jsou data k dispozici v databázi Health for All spravované evropskou sekci WHO. Data za všechny vyspělé státy nabízí německý Max Planck Institute for Demographic Research

v Population and Policy Database a francouzský demografický institut INED ve své databázi vyspělých zemí. Počty UPT a také počty živě narozených jsou čerpány převážně právě z této databáze, která však také není kompletní, a některé údaje jsou proto doplněny buď údaji z jiných databází, nebo přímo z národních statistických úřadů či dalších statistických institucí jednotlivých vyspělých zemí. Omezením úplnosti analýzy je, že ne všechny státy publikují údaje o provedených UPT od roku jejich legalizace a také to, že některé státy ještě nevydaly nejaktuálnější údaje z roku 2010 a analýza umělé potratovosti tak mohla být provedena pouze do roku 2009. V některých státech, jako je Austrálie, Rakousko či od roku 2006 Kanada, není ohlašovací povinnost UPT a neexistuje tak žádná oficiální statistika UPT.

Pro lepší vysvětlení trendů umělé potratovosti byla dále analyzována umělá potratovost podle věku ženy, pro kterou byl spočítán index umělé potratovosti (ipo_x^u) a kvůli změnám v časování plodnosti také míra umělé potratovosti (po_x^u).

$$ipo_x^u = \frac{A_x^u}{N_x^v} * 100$$

kde:

ipo_x^u index umělé potratovosti ve věku x

A_x^u počet UPT ve věku x

N_x^v počet živě narozených ve věku x

$$po_x^u = \frac{A_x^u}{1.7 \cdot P_x^z} * 1000$$

kde:

po_x^u míra umělé potratovosti ve věku x

A_x^u počet UPT ve věku x

$1.7 \cdot P_x^z$ střední stav žen ve věku x

Na základě dostupnosti dat byly tyto ukazatele spočítány pro tři věkové kategorie, a to pro ženy mladší než 20 let (-19), ve věku 20–34 a pro ženy starší než 35 let (35+). Většina států totiž nenabízí data umožňující kvalitní srovnání umělé potratovosti podle věku ženy. Databáze Health for All obsahuje pro většinu evropských států počty UPT do věku 20 let a nad 35 let, v databázi Eurostatu jsou sice počty UPT rozděleny do pětiletých věkových skupin, ale počet států s daty je zde velmi malý. Chybějící údaje bohužel ve většině případů neposkytují ani národní statistické úřady či další statistické instituce jednotlivých států. Z mimoevropských států nabízí data o UPT rozdělená do několika věkových skupin statistické úřady Japonska a Nového Zélandu. Dalším omezením pro analýzu umělé potratovosti podle věku jsou však krátké časové řady UPT podle věku ženy. Jen za několik států jsou tyto údaje dostupné před rokem 1990. Celá analýza indexu a míry umělé potratovosti podle věku ženy se proto vztahuje pouze ke státům, které ve sledovaném roce povolovaly UPT minimálně na základě záchrany mentálního zdraví ženy a byla za ně v tomto roce dostupná dostatečně spolehlivá data. Data

za živě narozené podle věku matky byla stejně jako počty UPT podle věku matky převzata z databáze Health for All a v případě chybějících dat doplněná údaji z Eurostatu, popř. národních statistických úřadů v případě Japonska a Nového Zélandu. Pro výpočet po_x^u byly použity střední stavy žen publikované populační divizí Spojených národů ve World Population Prospects.

Jako možné vysvětlení trendů umělé potratovosti podle věku ženy byly hodnoty po_x^u ve věkové kategorii -19 a 35+ srovnány s hodnotami měr plodnosti podle věku ženy v odpovídajících věkových skupinách. Míry plodnosti podle věku ženy nazývané také specifické míry plodnosti (f_x) jsou počítány jako počet živě narozených v určitém věku ženy připadající na střední stav žen daného věku (Pavlík, Kalibová, 2005, s. 94). Specifické míry plodnosti byly počítány ze stejných dat jako ipo_x^u a po_x^u .

$$f_x = \frac{N_x^v}{1.7 P_x^z}$$

kde:

f_x míra plodnosti ve věku x

N_x^v počet živě narozených ženám ve věku x

$1.7 P_x^z$ střední stav žen ve věku x

Podrobnější srovnání bylo prováděno pro roky 1985 a 2009. Rok 1985 byl vybrán z několika důvodů. V 80. letech existovaly mezi vyspělými státy výrazné rozdíly v prevalenci moderních antikoncepčních metod (UN, 2004), a následně tak v úrovni umělé potratovosti. V roce 1985 už bylo UPT z jiných než zdravotních důvodů povoleno ve většině analyzovaných států a jsou za ně dostupná data a také se v tomto roce ani v jednom ze států neobjevila žádná krátkodobá výchylka z dlouhodobých trendů.

Pro detailnější rozbor umělé potratovosti byla na příkladu Česka a Švédska provedena dekompozice obecné míry umělé potratovosti. Byla použita dekompoziční metoda podle Kitagawa (1950), která obecně umožňuje rozklad hrubé (obecné) míry na dvě komponenty – změnu intenzity a změnu věkové struktury.

$$po^{SW} - po^{CZ} = \sum \frac{po_x^{SW} + po_x^{CZ}}{2} * \left(\frac{SW P_x^z}{SW P_{15-49}^z} - \frac{CZ P_x^z}{CZ P_{15-49}^z} \right) + \sum \frac{\frac{SW P_x^z}{SW P_{15-49}^z} + \frac{CZ P_x^z}{CZ P_{15-49}^z}}{2} * (po_x^{SW} - po_x^{CZ})$$

kde:

po^{SW} obecná míra umělé potratovosti ve Švédsku

po^{CZ} obecná míra umělé potratovosti v Česku

po_x^{SW} míra umělé potratovosti ve věku x ve Švédsku

po_x^{CZ} míra umělé potratovosti ve věku x ve Švédsku

$SW P_x^z$ střední stav žen ve věku x ve Švédsku

$_{SW}P_{15-49}^z$ střední stav žen v reprodukčním věku ve Švédsku

$_{CZ}P_x^z$ střední stav žen ve věku x v Česku

$_{CZ}P_{15-49}^z$ střední stav žen v reprodukčním věku v Česku

Aplikací této metody na rozdíl obecné míry umělé potratovosti mezi Českem a Švédskem byly získány složky rozdíl ve věkové struktuře žen v reprodukčním věku a rozdíl v intenzitě umělé potratovosti. Podobně byla pro oba státy vypočítána také změna obecné míry umělé potratovosti mezi lety 1985 a 2009. Dekompozice byla provedena pro pětileté věkové skupiny, za něž data poskytuje Český statistický úřad v Demografické příručce 2009 a švédská Národní rada pro zdravotnictví a sociální péči v databázi Socialstyrelsen.

$$po^{2009} - po^{1985} = \sum \frac{po_x^{2009} + po_x^{1985}}{2} * \left(\frac{{}_{2009}P_x^z}{{}_{2009}P_{15-49}^z} - \frac{{}_{1985}P_x^z}{{}_{1985}P_{15-49}^z} \right) + \sum \frac{\frac{{}_{2009}P_x^z}{{}_{2009}P_{15-49}^z} + \frac{{}_{1985}P_x^z}{{}_{1985}P_{15-49}^z}}{2} * (po_x^{2009} - po_x^{1985})$$

V analýze umělé potratovosti celkové i podle věku ženy bylo dále použito několik statistických metod k určení pozice států v rámci vyspělých států podle výše uvedených ukazatelů – hierarchická shluková analýza, k určení souvislostí mezi několika proměnnými – Spearmanův korelační koeficient či k analýze rozdílů mezi jednotlivými státy – variační koeficient.

Shluková analýza umožňuje rozdělení objektů do systému kategorií, vytvoření určitého uspořádání, které zachycuje z jednoho pohledu podobnost objektů patřících do téže kategorie a z druhého pohledu nepodobnost objektů patřících do různých kategorií (Hendl, 2006, s. 460). V tomto případě je hlavním cílem shlukové analýzy vytvořit několik shluků z celkového souboru vyspělých států a na jejich základě určit v daném období strukturu států podle zvolených ukazatelů. Výsledky shlukové analýzy jsou graficky znázorněny a příslušné dendogramy s popisem vymezených skupin zemí uvedeny v příloze 1–4. Vstupní data byla před samotným provedením shlukové analýzy transformována na z-skóry, pro výpočet vzdálenosti byl použit čtverec Euklidovské vzdálenosti a pro seskupování metoda průměrné vzdálenosti mezi skupinami nebo metoda nejvzdálenějšího souseda.

Korelační analýza se obecně používá ke zjištění, zda se určité hodnoty jedné proměnné asociují s hodnotami proměnné druhé (Hendl, 2006, s. 257). Protože se v této analýze umělé potratovosti ve vyspělých státech pracuje s méně než 30 jednotkami, které navíc nemají ve všech případech normální rozdělení, byl zvolen Spearmanův korelační koeficient. Spearmanův korelační koeficient počítá s pořadím a ne s absolutními hodnotami a je tak odolný vůči odlehlym hodnotám a umožňuje pracovat i s ordinálními proměnnými (zde skóre legislativy UPT).

$$r_s = 1 - \frac{6}{n * (n^2 - 1)} * \sum_{i=1}^n D_i^2$$

kde:

r_s Spearmanův korelační koeficient

n počet jednotek

D_i rozdíl pořadí hodnot x_i a y_i ve výběru seřazeném podle velikosti

Pro zjištění variability mezi vyspělými státy v celkové úrovni indexu umělé potratovosti byl spočítán variační koeficient, který je vhodným ukazatelem pro zachycení změn ve vývoji, protože umožňuje porovnání jedné proměnné v souborech s různými průměry a měnící se směrodatnou odchylkou (Hendl, 2006, s. 97).

$$v = \frac{s_x}{\bar{x}}$$

kde:

v variační koeficient

s_x směrodatná odchylka

\bar{x} aritmetický průměr

Kapitola 5

Analýza umělé potratovosti

Vývoj umělé potratovosti nebyl ovlivněn jen zákony o UPT a jejich výkladem, ale i dalšími vlivy. Nejvýznamnějším faktorem působícím na úroveň umělé potratovosti byla dostupnost moderních antikoncepčních metod, především orálně užívané hormonální antikoncepce. V souvislosti s jejím užíváním se hovoří o tzv. druhé antikoncepční revoluci, která probíhala od 60. let nejprve v USA a poté v zemích západní a severní Evropy (Cleland, 2009; Rychtaříková, 2010a, s. 29). Lze předpokládat, že státy, které přijaly liberální legislativu až po schválení těchto metod, nikdy nedosáhly tak vysokých hodnot ipo^u jako státy s povolením UPT z jiných než zdravotních důvodů před druhou antikoncepční revolucí, ve kterých se v některých případech stalo UPT jednou z běžných metod kontroly plodnosti (např. Kocourková, 2010, s. 158). Po rozpadu východního bloku se tyto metody staly dostupnými i v dalších státech, ve kterých tak byl umožněn pokles umělé potratovosti a přiblížení se hodnotám v ostatních vyspělých státech. Rozdíly mezi jednotlivými státy v úrovni umělé potratovosti nepochybně vytvářely i další faktory jako propopulační politika, ekonomická aktivita žen či sexuální výchova ve školách, jak bude podrobněji popsáno dále.

Z literatury (Kulczycki et al., 1996; Singh et al., 2009) také vyplývá, že zatímco ve státech západní a severní Evropy či Severní Ameriky byla UPT typická pro mladé svobodné dívky, ve státech východní Evropy nejčastěji podstupovaly UPT starší vdané ženy, které již děti měly. Otázkou je, zda došlo k posunu pozice států z hlediska umělé potratovosti podle věku ženy s rozšiřováním moderních antikoncepčních metod, nebo se struktura států nezměnila.

Pro analýzu umělé potratovosti bylo na základě výše uvedených teoretických předpokladů a poznatků o legislativě UPT v kapitole 3 vytvořeno několik hypotéz.

- Hypotéza 1: Státy s liberálnější legislativou mají vyšší ipo^u a naopak.
- Hypotéza 2: Státy, které povolily UPT z jiných než zdravotních důvodů po druhé antikoncepční revoluci, měly nižší hodnoty ipo^u.
- Hypotéza 3: S rozšiřováním moderních antikoncepčních metod docházelo ke sbližování hodnot ipo^u ve vyspělých státech.
- Hypotéza 4: Povolení RU 486 nemělo výrazný vliv na vývoj ipo^u.

- Hypotéza 5: V bývalých socialistických státech byl podíl UPT vyšší u starších vdaných žen s dětmi, zatímco v ostatních vyspělých státech spíše u mladých svobodných dívek.

5.1 Vývoj umělé potratovosti

Z důvodu přehlednosti bylo potřeba rozdělit státy do několika skupin. Nejvhodnější se zdá rozdělení evropských států do 4 skupin podle geografické polohy na státy severní, východní, západní a jižní Evropy, dále na státy anglicky mluvící a zbývající Japonsko a Izrael, které mají stejně přísnou legislativu. Toto rozdělení přibližně odpovídá období schválení UPT z jiných než zdravotních důvodů, trendům umělé potratovosti a vlivům na ně.

5.1.1 Státy severní Evropy

Ve třech státech severní Evropy – Dánsku, Norsku a Švédsku byl podobný nejen vývoj legislativy UPT, ale i samotný vývoj indexu umělé potratovosti (obr. 9). Výrazně se neodlišovalo ani Finsko s přísnějším zákonem. I přes nejliberálnější legislativu UPT ani v jednom z těchto států *ipo*^u nikdy nepřesáhl hodnotu 50 UPT na 100 živě narozených. Stejně jako legislativa UPT zde byla volná legislativa týkající se antikoncepce, která byla pro ženy také snadno dostupná. Současně také v těchto státech probíhala již od doby legalizace UPT kvalitní sexuální výchova na školách (Knudsen et al., 2003).

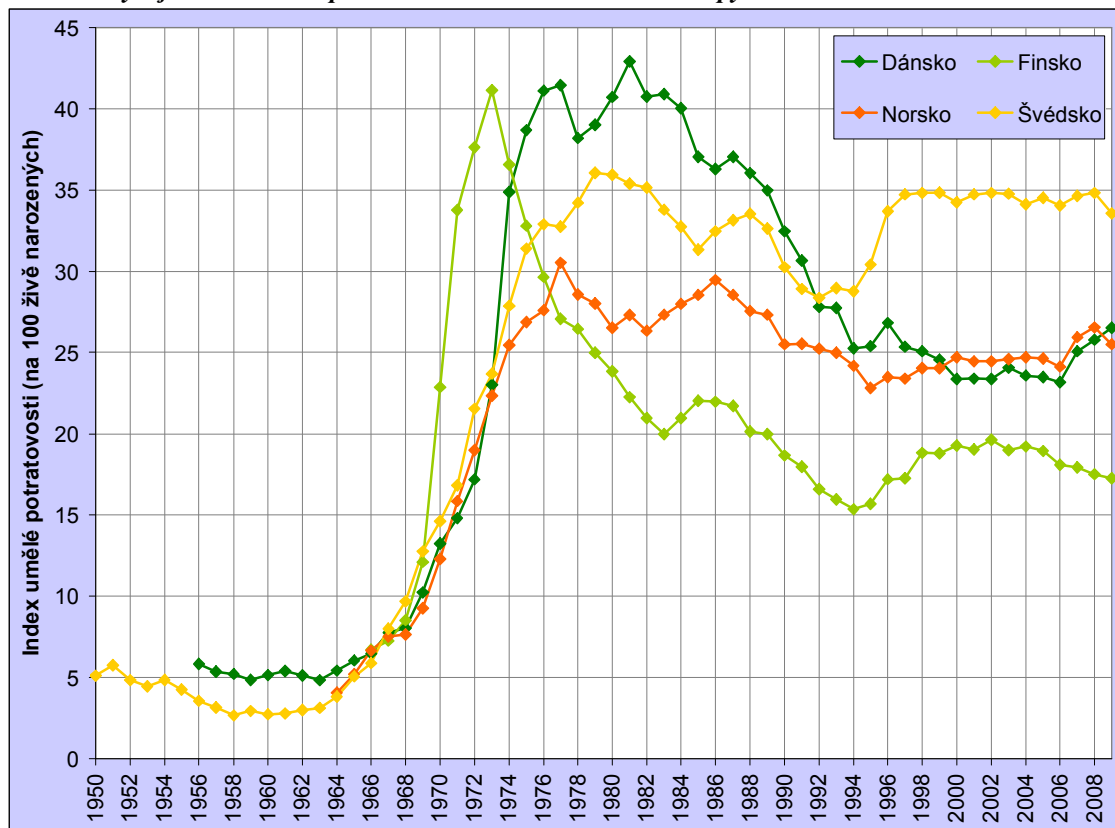
Zákony Dánska, Norska a Švédska měly nejprve ve svých zákonech obsaženu podmínku schvalování UPT lékařskými komisemi, popř. sociálním pracovníkem. V průběhu let ovšem komise začaly schvalovat téměř všechny žádosti o UPT a *ipo*^u tak pozvolna rostl. Vrcholu dosáhla umělá potratovost ve všech třech státech ve druhé polovině 70. let po přijetí nových zákonů umožňujících UPT bez zjišťování důvodů. Dramatičtější změny probíhaly pouze v Dánsku, kde změna zákona v roce 1970 a nový zákon v roce 1973 vyvolal prudký nárůst počtu UPT a *ipo*^u se během dvou let zvýšil o polovinu a poté už s mírnými výkyvy klesal.

Norsko má konstantní úroveň umělé potratovosti již od poloviny 70. let a pohybuje se mezi 23–30 UPT na 100 živě narozených. Také ve Švédsku se *ipo*^u od konce 70. let výrazně nezměnil. Po poklesu nastal mírný nárůst *ipo*^u ve druhé polovině 80. let, který lze přičíst snížení užívání hormonální antikoncepce, a to nejen kvůli zvyšování její ceny, ale také kvůli mediální kampani o rizicích s ní spojených. Ta utichla po roce 1990 a umělá potratovost tak začala opět klesat (Knudsen et al., 2003). Změna zákona zvyšující dostupnost UPT pak opět mírně zvedla *ipo*^u na hodnotu pohybující se kolem 35 UPT na 100 živě narozených. Švédsko v současnosti patří ke státům s vyšší umělou potratovostí a v jejím vývoji se mírně odchýlilo od trendu v ostatních státech severní Evropy. Lze to vysvětlit vyšším počtem imigrantek, které podstupují UPT častěji než ženy švédské národnosti. Toto platí i pro další státy severní Evropy (Helström et al., 2003; Rasch et al., 2007). Nárůst *ipo*^u po roce 2005 v Dánsku, Norsku i Švédsku byl pravděpodobně způsoben povolením provádět UPT i ženám, které nemají občanství nebo trvalý pobyt v těchto státech (IPPF, 2007).

Podobný trend vývoje umělé potratovosti, jen na nižší úrovni, nastal i ve Finsku, které nikdy nepovolilo UPT na žádost ženy bez zjišťování důvodů. Vrcholu 41 UPT na 100 živě narozených dosáhl ipo^u v roce 1973. Následný prudký pokles souvisel se zavedením center rodinného plánování jako běžné součásti zdravotnických středisek (Regushevskaya, 2009). Od 80. let působily na vývoj umělé potratovosti stejné vlivy jako v ostatních státech severní Evropy. V roce 2009 byl ipo^u 17 UPT na 100 živě narozených, což bylo více než v mnoha státech s liberálnější legislativou.

Ani v jednom z těchto čtyř států se na trendu ipo^u nijak neprojevila legalizace RU 486.

Obr. 9 – Vývoj indexu umělé potratovosti ve státech severní Evropy v období 1950–2009



Zdroj: vlastní výpočty, INED (2011)

5.1.2 Státy východní Evropy

V bývalých socialistických státech docházelo k velkým výkyvům ipo^u v závislosti na častých změnách legislativy UPT (obr. 10). Současné byla úroveň umělé potratovosti ve většině z těchto států výrazně vyšší než v ostatních vyspělých státech, a to především kvůli nedostupným moderním antikoncepčním metodám, horší ekonomické situaci a vysoké ekonomické aktivitě žen.

Po celé sledované období byla nejvyšší umělá potratovost v Estonsku, kde bylo povoleno UPT z jiných než zdravotních důvodů v roce 1955. V 60. letech zde ipo^u dosahoval hodnoty přes 200 UPT na 100 živě narozených dětí, s maximální hodnotou 219 v roce 1966, což bylo v celé historii nejvíce ze všech vyspělých států. Hodnoty ipo^u nad 100 vydržely v Estonsku až do konce 90. let. Vysoká umělá potratovost byla způsobena nejen špatně dostupnými

moderními antikoncepčními metodami, ale také chybějícími morálními zábranami pro UPT v bývalém Sovětském svazu, v důsledku čehož se interrupce stala společenskou normou (Regushevskaya, 2009). Od konce poloviny 70. let docházelo k postupnému poklesu ipo^u přerušnému v polovině 80. let, kdy byla prodloužena doba těhotenství, do které bylo možno UPT provést. Opětovný růst byl zastaven v roce 1994 díky informační kampani o moderní antikoncepci, odpovědném sexuálním chování a plánování rodiny, kterou financovala více než 100 000 USD švédská agentura pro mezinárodní rozvoj (Pierotti, 1994). Od té doby probíhá prudký pokles ipo^u , zastavený pouze na konci 90. let v souvislosti s nižším počtem živě narozených, a Estonsko se začíná v úrovni umělé potratovosti přibližovat ostatním vyspělým státům, přestože ta je zde stále nejvyšší. V roce 2009 bylo v Estonsku provedeno 48 UPT na 100 živě narozených.

V roce 2009 se umělé potratovosti Estonska nejvíce blížilo Maďarsko s hodnotou ipo^u 45 UPT na 100 živě narozených. V Maďarsku byla nejvyšší umělá potratovost od legalizace UPT z jiných než zdravotních důvodů v roce 1956 až do legislativního snížení dostupnosti UPT v roce 1973. Přestože v tomto období musely interrupce schvalovat laické komise, hodnoty ipo^u přesahovaly 130 UPT na 100 živě narozených. Mírný pokles ipo^u v roce 1967 způsobilo povolení orálně užívané antikoncepce (Klinger, 1974, s. 254). Po přijetí nového zákona zcela rušícího interrupční komise v roce 1992 se ipo^u na krátkou dobu snížil, protože v této době komise schvalovaly již téměř všechny žádosti o UPT a nový zákon zavedl také povinnost podstoupení povinného poradenství. Následoval poměrně výrazný nárůst ipo^u ve druhé polovině 90. let, který však nebyl zapříčiněn rostoucím počtem UPT, nýbrž výrazným poklesem počtu narozených. Po roce 2000 umělá potratovost v Maďarsku pozvolna klesá.

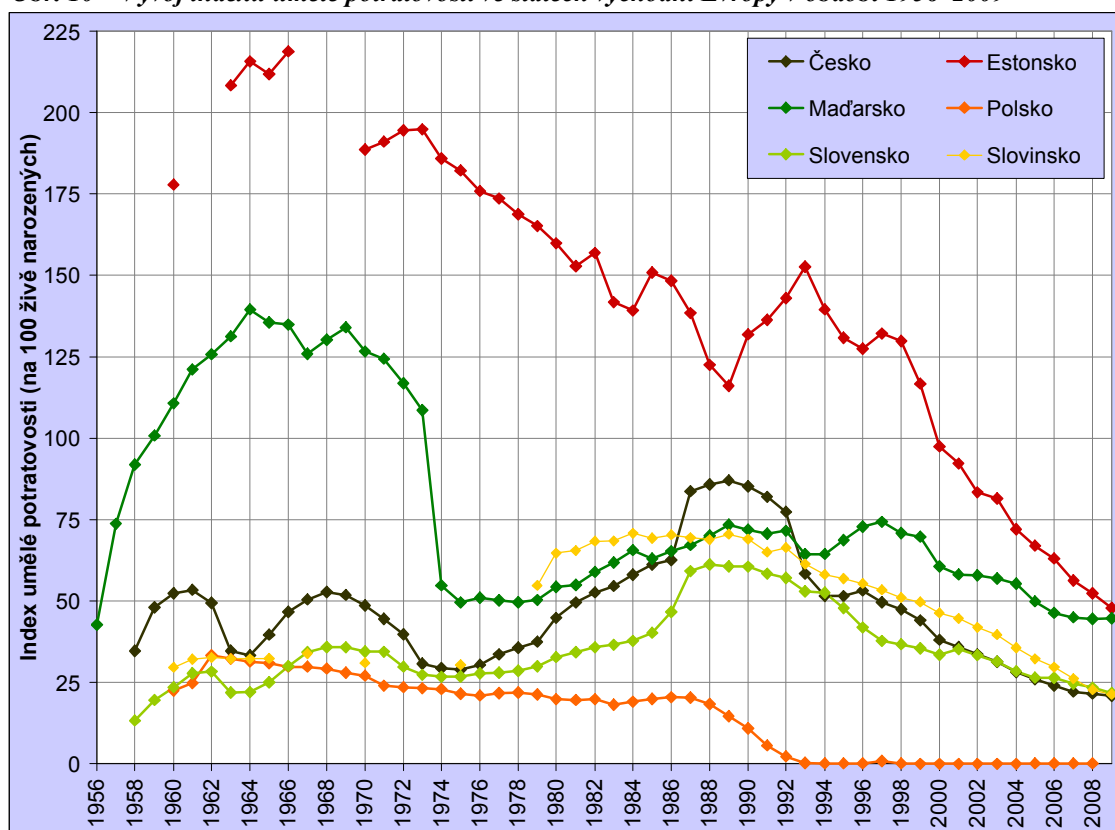
V podobných obdobích jako v Maďarsku probíhaly legislativní změny také v Československu. V Česku ani na Slovensku však ipo^u nikdy nepřevýšil 100 UPT na 100 živě narozených a v obou státech byla trvale nižší umělá potratovost než v Maďarsku, s výjimkou pěti let po zrušení laických komisí ve druhé polovině 80. let, kdy ipo^u v Česku převýšil ipo^u v Maďarsku. Maxima 87 UPT na 100 živě narozených dosáhlo Česko v roce 1989, na Slovensku bylo v roce 1988 provedeno 61 UPT na 100 živě narozených. Trendy umělé potratovosti Česka i Slovenska byly totožné, ale v Česku byl ipo^u až do konce 90. let vždy vyšší. Hlavním faktorem rozdílu mezi oběma státy byl především vyšší podíl věřících na Slovensku a tedy tradičnější postoj k rodině (Rychtaříková, 2010a, s. 31). Výkyvy ipo^u do roku 1990 souvisely nejen se změnami legislativy, ale také s propulačními opatřeními (Kocourková, 2010, s. 158). S rozpadem východního bloku se pro ženy z Česka i Slovenska staly dostupnějšími moderní antikoncepční metody a od roku 1990 umělá potratovost v obou státech trvale klesá. Pokles ipo^u v Česku o téměř 20 UPT na 100 živě narozených v roce 1993 lze přičíst zavedení poplatku za UPT (Rychtaříková, 2011). V roce 2009 byla úroveň ipo^u v obou státech přibližně 21 UPT na 100 živě narozených, tedy méně než ve státech severní Evropy mimo Finska.

Také ipo^u ve Slovinsku dosáhl v roce 2009 hodnoty 21 UPT na 100 živě narozených, tedy stejně jako v Česku a na Slovensku. Na rozdíl od většiny ostatních zemí východní Evropy neproběhlo ve Slovinsku, resp. v Jugoslávii, tolik legislativních změn UPT, a vývoj ipo^u tak mohl být plynulý. Přes poměrně omezující zákon se v 60. letech ipo^u pohyboval v hodnotách nad 30 UPT na 100 živě narozených. Po povolení UPT na požádání v roce 1977 rostla umělá

potratovost až k maximu v roce 1984, kdy bylo provedeno 71 UPT na 100 živě narozených. Po celá 80. léta zůstávala umělá potratovost velmi vysoká, což bylo způsobeno i imigrací z okolních jugoslávských republik, kde bylo UPT více využíváno jako běžná metoda kontroly plodnosti (Stropnik, Šircelj, 2008). Od roku 1992 ipo^u bez výkyvů klesá.

Od ostatních států východní Evropy se výrazně odlišuje Polsko. Nejenže zde v současnosti platí velmi restriktivní zákon, ale i v období, kdy byla legislativa liberálnější a v podstatě stejná jako v jiných bývalých socialistických zemích, zde byla umělá potratovost výrazně nižší. Hlavním důvodem byl vysoký podíl věřících a jejich silné morální zábrany k interrupcím (Fuszara, 1991). Maximálních hodnot dosahoval ipo^u krátce po legalizaci UPT z jiných než zdravotních důvodů. V roce 1962 bylo v Polsku provedeno 33 UPT na 100 živě narozených, poté ipo^u plynule klesal a na konci 80. let se dostal pod 20 UPT na 100 živě narozených. Od zprůsvětlení zákona v roce 1993 je v Polsku legálně prováděno méně než 1 UPT na 100 živě narozených.

Obr. 10 – Vývoj indexu umělé potratovosti ve státech východní Evropy v období 1956–2009



Zdroj: vlastní výpočty, INED (2011)

5.1.3 Státy západní Evropy

Vývoj ipo^u ve státech západní Evropy je znázorněn na obr. 11. Nejvyšší umělá potratovost ze států západní Evropy byla ve Francii, a to již od legalizace UPT v roce 1975. Ipo^u dosáhl maximální hodnoty 34 UTP na 100 živě narozených v roce 1976 a od té doby umělá potratovost s několika výkyvy velmi pozvolna klesá. V roce 1983 se náhle zvýšil ipo^u, ale toto zvýšení nebylo způsobeno zvýšením počtu UPT, ale výrazným snížením počtu živě narozených.

Dlouhodobější nárůst umělé potratovosti nastal o deset let později a podle Rossier et al. (2009) byl vyvolán hlavně zvyšujícím se počtem opakovaných UPT a odkládáním plodnosti do vyššího věku (a s tím souvisejícím ukončováním nechtěných těhotenství). Prodloužení gestačního věku pro UPT v roce 2001 vyvolalo pouze mírný nárůst ipo^u a v roce 2009 byl ipo^u ve Francii 26 UPT na 100 živě narozených. Přestože je ve Francii hodně diskutován vliv RU 486 na statistiku umělých potratů, jeho legalizace v roce 1988 výrazně nezměnila dlouhodobé trendy. Obdobně tomu bylo i v dalších západoevropských státech.

Nizozemsko bylo od legalizace UPT v roce 1981 tradičně cílovou zemí potratové turistiky. Do roku 1986 byl počet UPT provedených cizinkám více jak dvojnásobný než počet UPT provedených ženám trvale žijícím v Nizozemsku (Fokkema et al., 2008). Přesto však hodnota ipo^u dosáhla maximálně na 12 UPT na 100 živě narozených v roce 1982. V následujících letech došlo s liberalizací zákonů v některých evropských zemích k poklesu ipo^u pod 10 UPT na 100 živě narozených. Od roku 1993 však umělá potratovost opět rostla k maximu 16 UPT na 100 živě narozených v roce 2007. Tento růst byl způsoben nejen zvýšeným podílem imigrantek, jejichž podíl na UPT je přibližně 60 %, ale i snížením podílu sterilizovaných žen i mužů (Fokkema et al., 2008). Ipo^u v Belgii po legalizaci UPT na počátku 90. let téměř identicky kopíroval nizozemský vývoj. V současnosti mají oba státy jedny z nejnižších hodnot ipo^u ze všech vyspělých států.

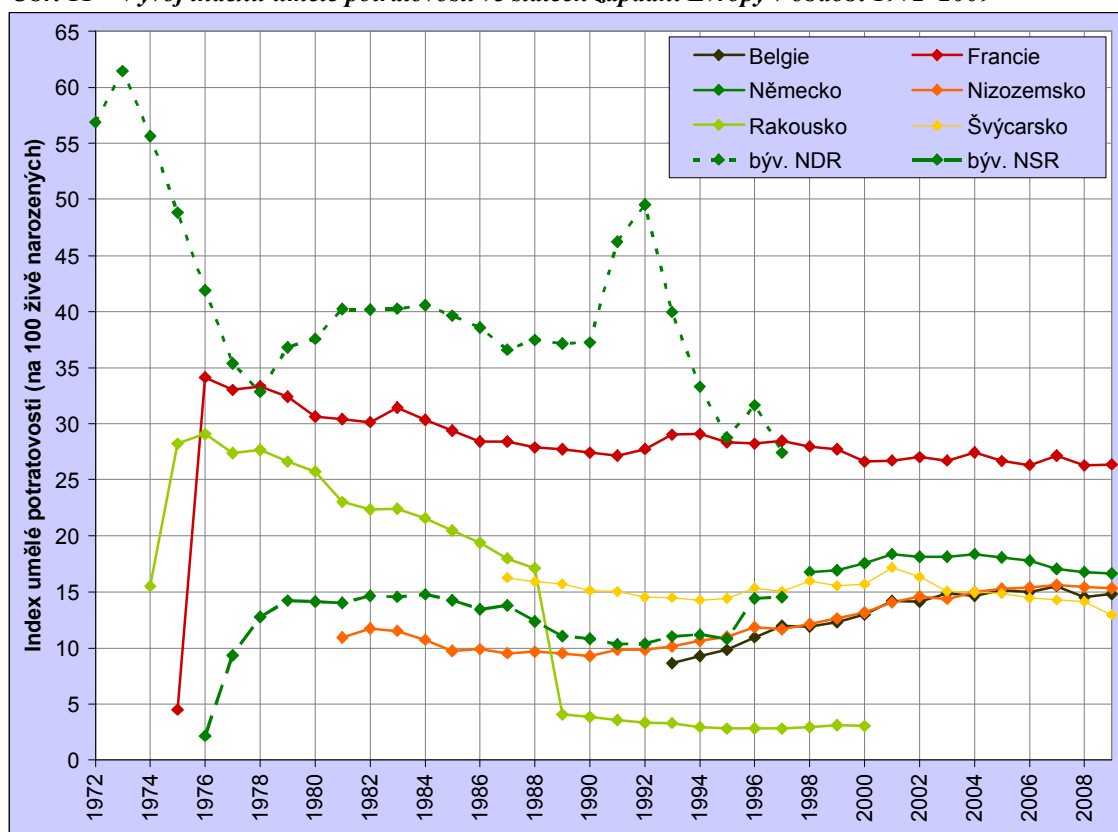
Nižší umělá potratovost je ve Švýcarsku, kde až do roku 2002 platil restriktivní zákon o UPT. Podobně jako např. ve Španělsku byl však jeho výklad velmi volný a ipo^u se výrazně nelišil od ostatních západoevropských států a v 90. letech se pohyboval okolo hodnoty 15 UPT na 100 živě narozených. Tato UPT však byla prakticky nelegální a jejich počty vychází pouze z odhadů (Geinoz, Bühner, 2002, s. 7). Liberalizace legislativy pak přinesla naprosto opačný efekt než v ostatních státech, tedy pokles ipo^u . Toto je však pravděpodobně způsobeno přechodem od zjišťování počtu provedených UPT odhadem k jejich vykazování zdravotnickými zařízeními, které nezachycuje ilegálně prováděné UPT. Umělá potratovost však klesá i nadále a v roce 2009 bylo ve Švýcarsku provedeno 13 UPT na 100 živě narozených, tedy nejméně ze všech vyspělých států s liberální legislativou.

Při analýze umělé potratovosti v Německu je nutno brát v potaz odlišný vývoj v jeho západní a východní části, a to nejen před znovusjednocením legislativy, ale i poté. V bývalé Německé demokratické republice bylo v roce 1973, tedy rok po legalizaci UPT, provedeno 61 UPT na 100 živě narozených. Po legalizaci UPT v bývalé Spolkové republice Německo o tři roky později zde však ipo^u klesl téměř na polovinu, z čehož lze usuzovat, že před tímto zákonem probíhala vysoká potratová turistika ze západního do východního Německa. V 80. letech se umělá potratovost mezi oběma částmi lišila konstantně okolo 25 UPT na 100 živě narozených, což bylo způsobeno nejen přísnější legislativou v bývalém západním Německu, ale také zde dostupnějšími moderními antikoncepčními metodami a sexuální osvětou (Adler, 1997). Sjednocení Německa a poté i legislativy převrátilo trendy v obou bývalých republikách. Zatímco v bývalém východním Německu zavedení povinných konzultací a poplatků za UPT spolu s novými možnostmi antikoncepce vedlo k prudkému poklesu umělé potratovosti, v bývalé západní části nastal nárůst (Adler, 1997). Celkově se ipo^u v Německu ustálil po roce

1997, kdy jsou data vykazována již společně za celé Německo, na hodnotách v rozmezí 16–18 UPT na 100 živě narozených.

V Rakousku má smysl sledovat trend ipo^u jen do konce 80. let, protože zde není povinnost vykazovat provedení UPT a realitě se blížíci počty UPT byly získávány jen odhadem z šetření prováděných rakouským demografickým institutem v letech 1977–1988 (Tazi-Preve, Kytir, 2001). Rakouský statistický úřad sice publikoval data o UPT až do roku 2000, ale ta jsou silně podhodnocena. Prakticky ihned po legalizaci UPT začala umělá potratovost klesat pod hodnoty 25 UPT na 100 živě narozených, ale existovaly velké rozdíly mezi spolkovými zeměmi na východě a západě Rakouska, kde mnoho lékařů uplatňovalo doložku svědomí a dostupnost interrupcí byla silně omezena (Tazi-Preve, Kytir, 2001). Podle odhadu rakouského odborníka na UPT Fialy (2009) bylo v Rakousku v roce 2000 vykonáno 30 000–40 000 UPT, což by znamenalo hodnoty ipo^u 38–51 UPT na 100 živě narozených, tedy výrazně více než v ostatních zemích západní Evropy.

Obr. 11 – Vývoj indexu umělé potratovosti ve státech západní Evropy v období 1972–2009



Zdroj: vlastní výpočty, INED (2011), EUROSTAT (2012), INSEE (2010), MPIDR (2011)

5.1.4 Státy jižní Evropy

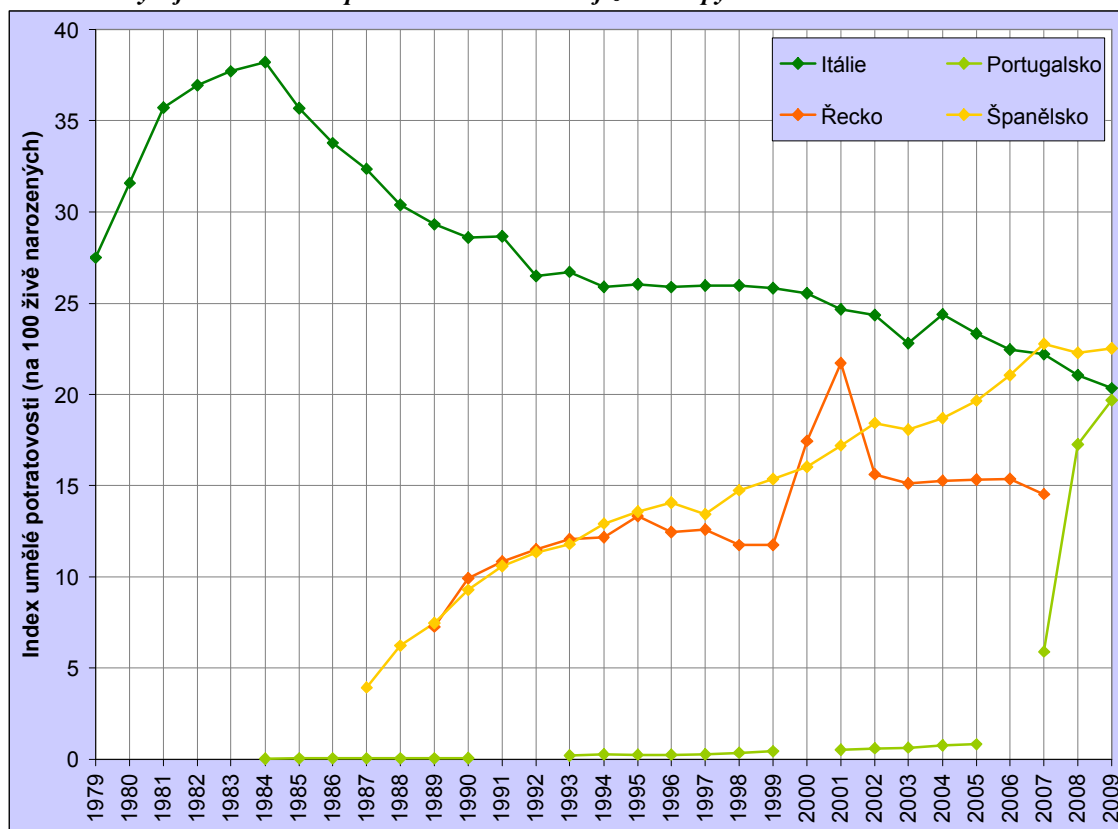
Mezi státy jižní Evropy v současnosti nejsou výrazné rozdíly v hodnotách ipo^u, ovšem předchozí trendy umělé potratovosti byly v jednotlivých jihoevropských státech značně odlišné (obr. 12).

V Itálii umělá potratovost rostla od povolení UPT z jiných než zdravotních důvodů do roku 1984, kdy ipo^u dosáhl maximální hodnoty 38 UPT na 100 živě narozených. Poté ipo^u povolna

klesal až k současné hodnotě 20 UPT na 100 živě narozených. Tento trend je ovšem potřeba regionálně rozdělit, protože pro Itálii je typický výrazný rozdíl v umělé potratovosti mezi průmyslovými a více sekularizovanými regiony na severu země a zemědělskými regiony na jihu. V roce 1981 činil rozdíl mezi regionem s nejvyšším ipo^u Emilia-Romagna na severovýchodě a regionem s nejnižším ipo^u Campania na jihu přes 70 UPT na 100 živě narozených (Bettarini, D'Andera, 1996). V dalším vývoji se regionální rozdíly začaly mírně snižovat, protože pokles umělé potratovosti od poloviny 80. let se týkal převážně regionů na severu země, kde byly dostupnější služby plánovaného rodičovství, zatímco na jihu Itálie umělá potratovost stagnovala, či se dokonce zvyšovala. Přesto však regionální rozdíly v dostupnosti UPT zůstávají v Itálii jedny z největších v Evropě (UN, 2001).

Ačkoliv vývoj legislativy UPT byl ve Španělsku a Portugalsku téměř totožný, její výklad se značně lišil. Lze to dokumentovat vývojem ipo^u. Zatímco v Portugalsku se oficiálně důsledně dodržovalo znění zákona z poloviny 80. let a legálně byl prováděn minimální počet UPT, ve Španělsku byl zákon ze stejné doby vykládán velmi volně a umělá potratovost se výrazně nelišila od ostatních vyspělých států s liberálnější legislativou UPT. Portugalský výklad zákona a nízká prevalence moderních antikoncepčních metod byly důvodem vysokého počtu ilegálních interrupcí, jejichž následkem zemřelo mezi lety 1980 a 2000 více než 90 žen (Vilar, 2002). Nový zákon v roce 2007 tak způsobil prudký nárůst ipo^u z 1 UPT na 100 živě narozených v roce 2005 až na 20 v roce 2009. Tento ukazatel, jak se zdá, bude i nadále mírně růst. Ve Španělsku umělá potratovost postupně rostla po celé období od přijetí legislativy umožňující provádět UPT i z důvodu záchrany mentálního zdraví ženy. V praxi se na základě tohoto důvodu prováděla UPT i v nejruznějších obtížných životních situacích ženy (UN, 2001). Vysoká umělá potratovost v 90. letech byla způsobena i snižující se celkovou prevalencí antikoncepce, přestože prevalence hormonální antikoncepce rostla. Podobně jako ve státech severní Evropy i ve Španělsku lze rostoucí umělou potratovost přisuzovat i růstu počtu imigrantů, u nichž je ipo^u vyšší (Delgado et al., 2008). Na konci sledovaného období se sice ipo^u ustálil na hodnotě těsně pod 23 UPT na 100 živě narozených, ale otázkou je, jak se ve vývoji umělé potratovosti projeví nový zákon přijatý v roce 2010.

Hodnoty ipo^u v Řecku se od počátku 90. let pohybovaly mezi 10–15 UPT na 100 živě narozených. Po liberalizaci zákona v roce 1986 umělá potratovost rostla až do roku 1995. Tento růst byl způsoben nízkým podílem používání moderních antikoncepčních metod, které byly povoleny až na začátku 80. let a lékaři je nechtěli předepisovat kvůli riziku vedlejších účinků a obavy ze ztráty vysokých zisků z provádění UPT. K vyššímu počtu UPT bezpochyby přispěla také neexistující sexuální výchova ve školách, která není zavedena dodnes (Ioannidi-Kapolou, 2004). Obtížně vysvětlitelný je prudký nárůst UPT po roce 1999, kdy neproběhly žádné legislativní změny v oblasti interrupcí. Nabízí se souvislost s legalizací RU 486 v tomto roce, nicméně v dostupné literatuře není tento trend vysvětlen.

Obr. 12 – Vývoj indexu umělé potratovosti ve státech jižní Evropy v období 1979–2009

Zdroj: vlastní výpočty, INED (2011), EUROSTAT (2012), ISTAT (2010)

5.1.5 Anglicky mluvící státy

V anglicky mluvících státech byly po legalizaci UPT z jiných než zdravotních důvodů velké rozdíly v umělé potratovosti, které se postupně snižovaly a v roce 2001 dosahovaly všechny tyto státy podobného ipo^u (obr. 13). V posledních letech se sice rozdíly v umělé potratovosti začínají opět zvětšovat, přesto byl v roce 2009 ipo^u vyspělých anglicky mluvících zemí v rozmezí méně než 5 UPT na 100 živě narozených. V Irsku nikdy nebyly UPT povoleny z jiných důvodů než je záchrana života těhotné ženy a nikdy také nebyla žádná data publikována.

Spojené království, mimo Severního Irska, liberalizovalo interrupční zákon v roce 1967 a po prudkém růstu ipo^u do poloviny 70. let, nastalo do roku 1995 období stagnace až mírného růstu ipo^u v rozmezí 20–25 UPT na 100 živě narozených. Mírný pokles ipo^u na začátku 90. let způsobil nižší počet UPT prováděných cizinkám v souvislosti s novými zákony o UPT v některých evropských státech, naopak výrazný nárůst ipo^u ve druhé polovině 90. let byl vyvolán informacemi o nebezpečí trombózy při používání hormonální antikoncepce a následným snížením jejího užívání (Guy, 1998). Dalším významným faktorem růstu ipo^u byl zvyšující se podíl těhotenství mladistvých, především u dívek ze znevýhodněných sociálních skupin v Anglii, a následně vysoké míry umělé potratovosti ve věku pod 18 let. Britská vláda v roce 1999 zareagovala strategickým programem s cílem zvrátit tento trend šířením informací o sexuálním chování, užívání antikoncepce či podpoře mladistvých rodičů (Wilkinson et al., 2006). Snižování ipo^u v posledních letech sice ukazuje na úspěch tohoto programu, ale ipo^u 26

UPT na 100 živě narozených v roce 2009 je stále relativně vysoký v porovnání s dalšími vyspělými státy.

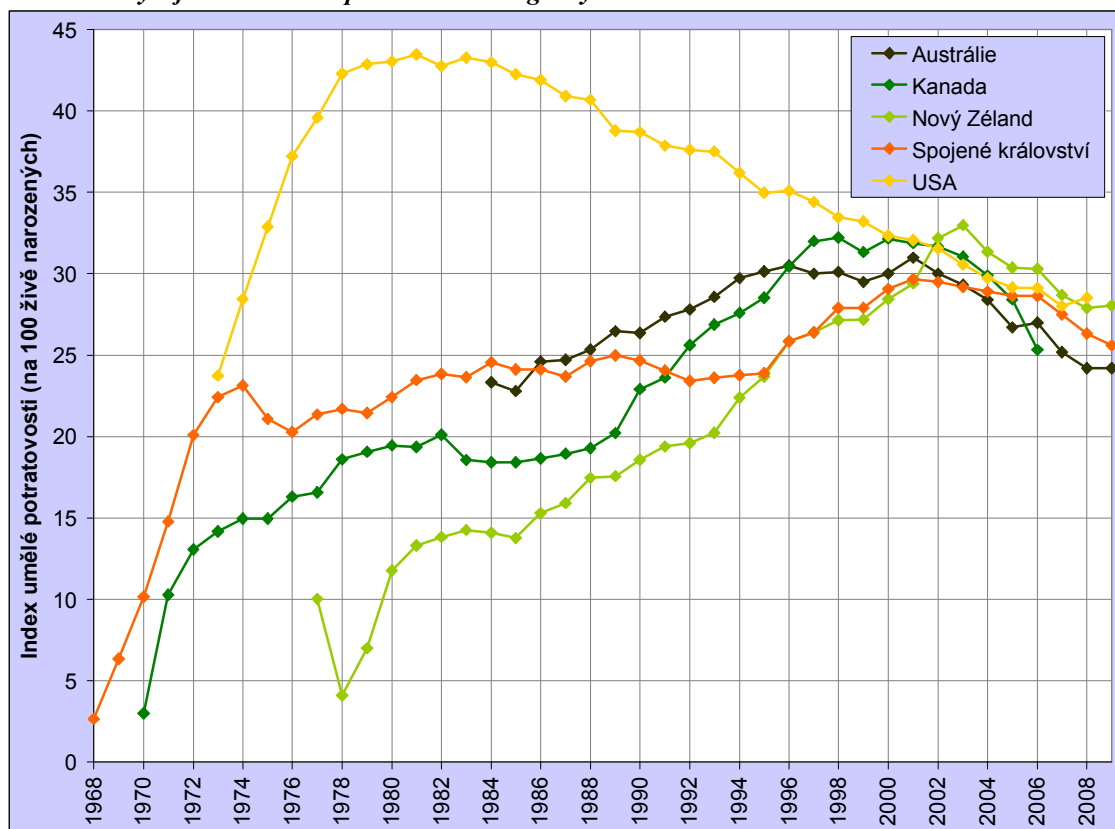
V USA se umělá potratovost vyvíjela podobně jako v mnoha dalších vyspělých státech. Po soudním rozhodnutí z roku 1973, které umožnilo UPT na žádost ženy, nejprve *ipo*^u prudce vzrostl až na maximum 43 UPT na 100 živě narozených v roce 1981 a poté začal pozvolna klesat. Výraznější pokles nastal v roce 1989, kdy některé státy federace UPT téměř zakázaly či omezily jeho dostupnost. Snížení *ipo*^u až na 28 UPT na 100 živě narozených v roce 2007 souviselo i se snižováním počtu zdravotnických zařízení provádějících UPT. Podle Jones a Kooistra (2011) jejich počet mezi lety 1982 a 2000 klesl o 38 % a v některých oblastech tak byla dostupnost interrupcí výrazně omezena. Výrazné rozdíly se v USA projevují mezi jednotlivými etnickými skupinami. Výrazně více než bílé Američanky podstupují UPT Hispánky a především Afroameričanky (Guttmacher Institute, 2011).

Australská data vychází z odhadů Ministerstva zdravotnictví (Sage, Chan, 2005), protože počty provedených UPT zveřejňují jen některé státy federace, ve kterých také platí různé výklady zákona z roku 1969. Umělá potratovost v Austrálii byla nejvyšší ve druhé polovině 90. let, kdy *ipo*^u dosahoval hodnot přes 30 UPT na 100 živě narozených. Stejně jako v dalších vyspělých anglicky mluvících státech *ipo*^u v posledních letech klesá, ovšem jeho hodnota je jen těsně pod 25 UPT na 100 živě narozených.

V Kanadě byla data o UPT publikována pouze do roku 2006, kdy byl *ipo*^u 25 UPT na 100 živě narozených. Po umožnění UPT z jiných než zdravotních důvodů v roce 1969 a prudkém nárůstu *ipo*^u na hodnoty blízké se 20 UPT na 100 živě narozených na přelomu 70. a 80. let umělé potratovost stagnovala až do roku 1988, kdy bylo umožněno provádět UPT také na soukromých klinikách. Následný růst *ipo*^u tak byl způsoben zvyšováním počtu UPT vykonaných právě v těchto zařízeních, které ovšem byly situovány většinou do velkých měst a začaly se tak zvětšovat rozdíly v dostupnosti UPT v regionech Kanady (Norman, 2012).

Na Novém Zélandu sice platí velmi přísný zákon o UPT z roku 1977, ale jeho výklad je velmi volný a Nový Zéland měl tak po roce 2000 nejvyšší *ipo*^u ze všech vyspělých anglicky mluvících států. Jedním z vysvětlení vysoké umělé potratovosti je i to, že Nový Zéland je paradoxně cílem potratové turistiky, a to i ze států s liberálnější legislativou, např. Austrálie (Statistics New Zealand, 2009). V roce 1977 byla nejprve přijata liberální legislativa, která byla změněna hned rok poté a *ipo*^u tak v průběhu roku klesl o více jak polovinu. V letech 1977–2003 však docházelo k plynulému růstu *ipo*^u až k hodnotě 33 UPT na 100 živě narozených, který byl v 90. letech doprovázen poklesem prevalence hormonální antikoncepce (Statistics New Zealand, 2009). Po roce 2003 sice *ipo*^u začal klesat, ale tento pokles byl způsoben nárůstem počtu narozených dětí, nikoliv poklesem počtu UPT, který stagnoval, či dokonce rostl.

V žádném z těchto států se sice v dlouhodobých trendech neprojevovalo povolení RU 486, ovšem např. v USA sice celkově umělá potratovost klesá, ale počet UPT prováděných pomocí RU 486 roste. Tento trend mohl ovlivnit i statistiku UPT, protože RU 486 nabízí i zařízení neregistrovaná k provádění UPT a v zájmu toho, aby nebyla označena jako poskytovatelé interrupcí, nehlásí jeho předepisování (Jones, Kooistra, 2011).

Obr. 13 – Vývoj indexu umělé potratovosti v anglicky mluvících státech v období 1968–2009

Zdroj: vlastní výpočty, INED (2011), Australian Bureau of Statistics (2011), Sage, Chan (2005), Statistics Canada (2011), U. S. Census Bureau (2012)

5.1.6 Japonsko a Izrael

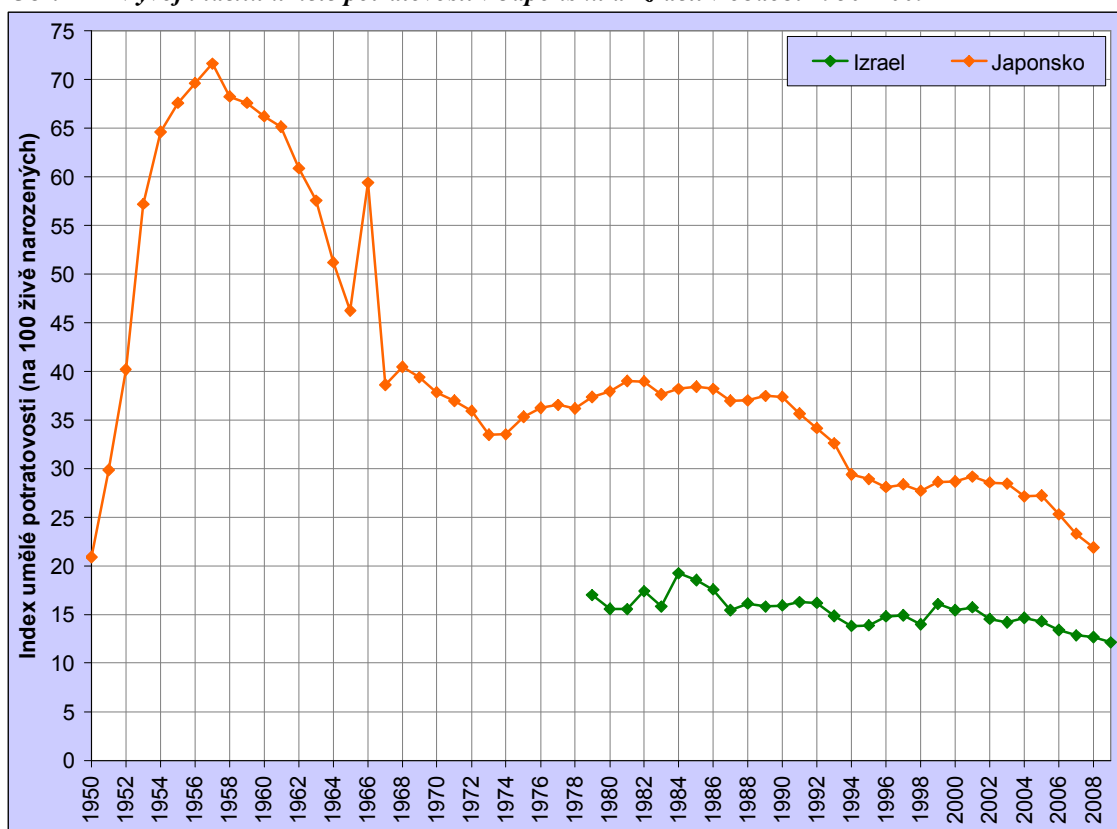
Podle hodnocení legislativy má sice Izrael stejně přísný zákon jako Japonsko, ale výklad a také přístup žen k UPT je v obou státech výrazně odlišný (obr. 14).

Japonsko jako jeden z prvních států povolilo UPT z jiných než zdravotních důvodů, a to ještě před rokem 1950. V Japonsku se tak UPT stalo běžnou metodou kontroly plodnosti i přesto, že nebylo nikdy povoleno na žádost ženy bez zjišťování důvodů. Hlavním faktorem vysoké umělé potratovosti po celé sledované období je nízká prevalence moderních antikoncepčních metod a dominance používání kondomů (Sato, Iwasawa, 2006). Vrcholu dosáhl ipo^u v roce 1955, kdy bylo provedeno 72 UPT na 100 živě narozených. Pokles v následujících letech souvisel s rozvojem aktivit plánovaného rodičovství a poklesem podílu žen neužívajících žádnou antikoncepční metodu (Sato, Iwasawa, 2006). Důvodem prudkého jednoletého vzestupu ipo^u v roce 1966 je malý počet narozených v tomto roce, kdy byl podle japonského kalendáře rok Ohnivého koně, který se opakuje jednou za 60 let. Podle japonských tradic by dívky narozené v tomto roce byly v životě nešťastné a jejich manžel by brzy zemřel (Hodge, Ogawa, 1993). Od 70. do 90. let se hodnoty ipo^u pohybovaly v rozmezí 35–40 UPT na 100 živě narozených. Pokles umělé potratovosti po roce 1990 souvisí s dalším zvyšováním prevalence antikoncepce, ovšem především tradičních metod. Dalšími důvody poklesu ipo^u byl zákaz interrupcí z eugenických důvodů a především nový program pro sexuální osvětu

a plánované rodičovství spuštěný v roce 2000 (Goto et al., 2000). V roce 2008 se Japonsko svojí úrovní umělé potratovosti 22 UPT na 100 živě narozených rovnalo většině vyspělých států.

Zde udávané hodnoty ipo^u v Izraeli jsou agregací odlišného reprodukčního chování dvou populací – židovské a arabské. Ipo^u v Izraeli nikdy nepřekročil hodnotu 20 UPT na 100 živě narozených. Důvodem není jen přísnější legislativa, ale i osvěta v oblasti reprodukčního chování prováděná od legalizace UPT různými dobrovolnickými organizacemi a poměrně vysoká prevalence moderních antikoncepčních metod mezi židovskými ženami (Sabatello, 1995). Umělá potratovost tak pozvolna klesá od 80. let. Na počátku 90. let byly v Izraeli velké obavy z jejího zvýšení v souvislosti s imigrací žen ze Sovětského svazu, kde byla umělá potratovost velmi vysoká. Tyto obavy se však nenaplnily, naopak ipo^u ještě klesl. Ženy ruského původu měly sice skutečně asi o 70 % vyšší ipo^u než ostatní ženy v Izraeli, ale bylo to kompenzováno poklesem umělé potratovosti mezi ostatními izraelskými ženami v souvislosti s dalším nárůstem užívání hormonální antikoncepce (Sabatello, 1995).

Obr. 14 – Vývoj indexu umělé potratovosti v Japonsku a Izraeli v období 1950–2009



Zdroj: vlastní výpočty, INED (2011), IPSS (2003), Statistics Bureau of Japan (2012), CBS Israel (2009)

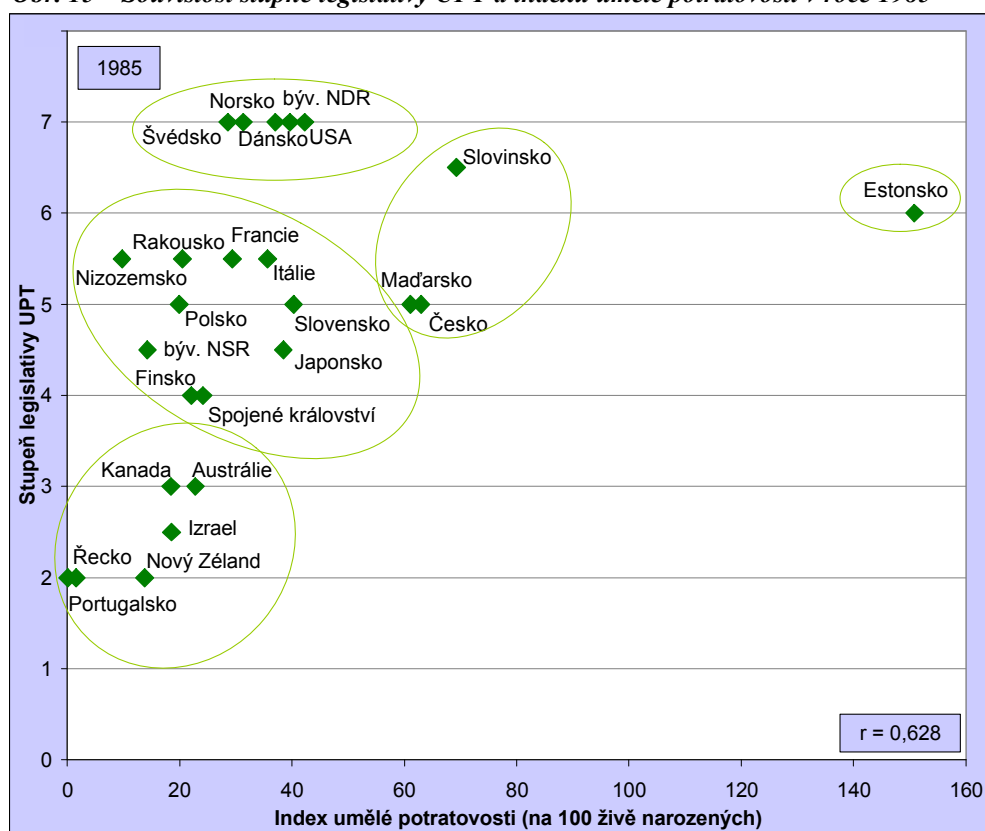
5.1.7 Shrnutí

Mezi lety 1950–2009 se dostaly přes hodnotu ipo^u 50 UPT na 100 živě narozených všechny bývalé socialistické státy kromě Polska, a Japonsko, které také společně se státy severní Evropy jako první liberalizovaly svoji legislativu. Ostatní státy, které přijaly liberální legislativu UPT až po druhé antikoncepční revoluci, nikdy takto vysokých hodnot nedosáhly a potvrdila se tak

hypotéza 2. Lze také potvrdit hypotézu 4, že se legalizace RU 486 výrazně neodrazila v trendech ipo^u.

Vývoj ipo^u ve Španělsku, Švýcarsku či na Novém Zélandu naznačuje, že umělá potratovost a přísnost legislativy UPT nemusí být ve vzájemné souvislosti. Pro ověření byl spočítán Spearmanův korelační koeficient⁸ v roce 1985 a 2009. V roce 1985 jeho výsledek 0,628 ukazuje na středně silnou závislost mezi ipo^u a stupněm liberalizace legislativy UPT, pro rok 2009 Spearmanův korelační koeficient vyšel pouze 0,323 a závislost již tedy byla pouze slabá. Doslova se tak nepotvrdila hypotéza 1, že státy s liberálnější legislativou UPT mají také vyšší ipo^u. Dle shlukové analýzy (Příloha 2a, b) lze identifikovat několik skupin států podle vztahu stupně legislativy UPT a ipo^u, které jsou také vyznačeny v obr. 15 a 16. V roce 1985, kdy až na některé výjimky platila přímá závislost mezi stupněm legislativy UPT a ipo^u, jsou zajímavé rozdíly mezi některými bývalými socialistickými státy se stejně přísnou legislativou UPT. Česko a Maďarsko měly vysoký ipo^u a tvoří skupinu společně se Slovinskem, Polsko a Slovensko se hodnotou ipo^u zařadily do skupiny tvořené především státy západní Evropy. V případě Polska a Slovenska ovšem na nižší hodnoty ipo^u působily jiné faktory než ve státech západní Evropy. Zatímco hlavním faktorem nižší ipo^u oproti Česku či Maďarsku byla ve státech západní Evropy vysoká prevalence moderních antikoncepčních metod, v Polsku a na Slovensku to byla vyšší religiozita. Estonsko se svojí vysokou umělou potratovostí zcela odlišovalo od všech ostatních vyspělých států.

Obr. 15 – Souvislost stupně legislativy UPT a indexu umělé potratovosti v roce 1985

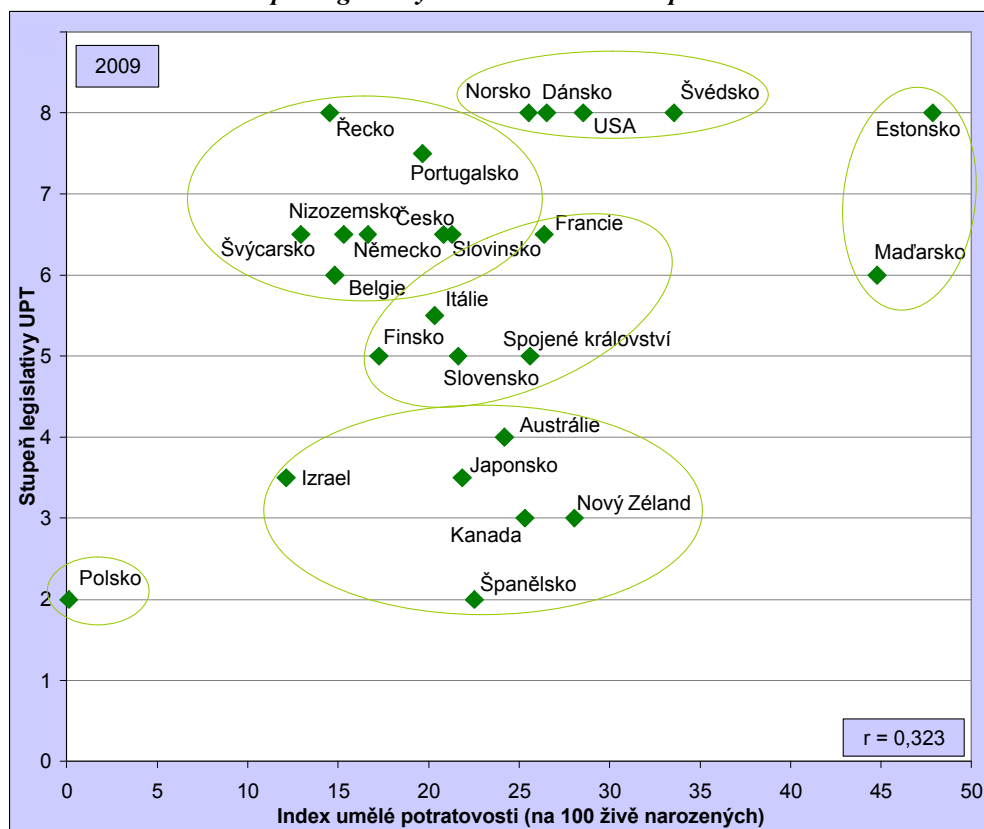


Poznámka: vymezení skupin zemí podle shlukové analýzy (Příloha 2a)

⁸ Spearmanův korelační koeficient byl počítán pouze ze souboru států, které v daném období povolovaly UPT minimálně pro záchranu mentálního zdraví ženy a byla za ně dostupná data.

Rozdílná je situace v roce 2009. Teoretické přímé závislosti mezi stupněm legislativy UPT a ipo^u se výrazně vymykají dvě skupiny států. První, tvořená většinou států západní Evropy a také Českem, Slovinskem, Řeckem a Portugalskem, měla přes velmi liberální legislativu UPT střední až nižší hodnoty ipo^u . Druhá, skládající se z Austrálie, Kanady, Nového Zélandu, Španělska, Japonska a Izraele, měla přes restriktivnější legislativu UPT střední až vyšší hodnoty ipo^u .

Obr. 16 – Souvislost stupně legislativy UPT a indexu umělé potratovosti v roce 2009

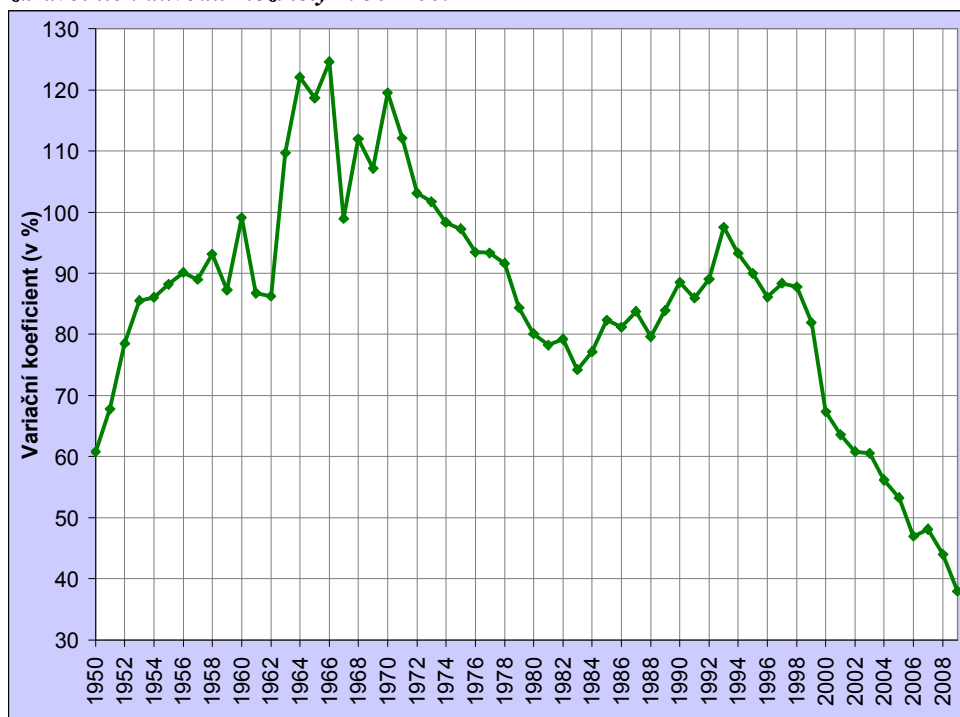


Pozn. Kanada 2006, Řecko 2007, Japonsko 2008, Polsko 2008, USA 2008; vymezení skupin zemí podle shlukové analýzy (Příloha 2b)

Z analýzy ipo^u v jednotlivých vyspělých státech vyplývá, že zatímco ve státech s velmi vysokou umělou potratovostí před nástupem druhé antikoncepční revoluce (státy východní Evropy, státy severní Evropy, Japonsko) se ipo^u snižuje, ve státech, které nikdy nedosáhly tak vysokých hodnot ipo^u , umělá potratovost mírně roste nebo stagnuje (státy západní Evropy, státy jižní Evropy, anglicky mluvící státy, Izrael). Dochází tak ke sbližování států v hodnotách ipo^u , což lze doložit změnami variačního koeficientu ipo^u mezi státy s povolením UPT z jiných než zdravotních důvodů, popř. liberálním výkladem přísnějšího zákona UPT (obr. 17). Největší rozdíly mezi státy byly na přelomu 60. a 70. let, tedy v době, kdy se začala rozšiřovat hormonální antikoncepce v zemích severní Evropy, které již měly liberální legislativu. Naopak v bývalých socialistických státech tyto metody nebyly dostupné a umělá potratovost zde byla v této době velmi vysoká. Až do poloviny 70. let však trend variačního koeficientu vykazoval velké výkyvy z důvodu malého počtu zemí, které měly liberální legislativu UPT. Pokles variačního koeficientu od poloviny 70. až do poloviny 80. let tak lze vysvětlit vstupem více

států s rozšířenou hormonální antikoncepcí do analýzy variačního koeficientu a také snížením ipo^u v některých státech východní Evropy. Následné zvětšení rozdílů v umělé potratovosti mezi státy bylo způsobeno poklesem umělé potratovosti v některých státech s nízkým ipo^u (státy severní Evropy, Nizozemsko, Řecko) a zvýšením ipo^u ve státech východní Evropy. Od druhé poloviny 90. let však variační koeficient prudce klesá a rozdíly mezi státy v ipo^u se tedy zmenšují. Lze tak potvrdit hypotézu 3.

Obr. 17 – Změny variačního koeficientu ipo^u mezi státy s povolením UPT z jiných než zdravotních důvodů mezi lety 1950–2009



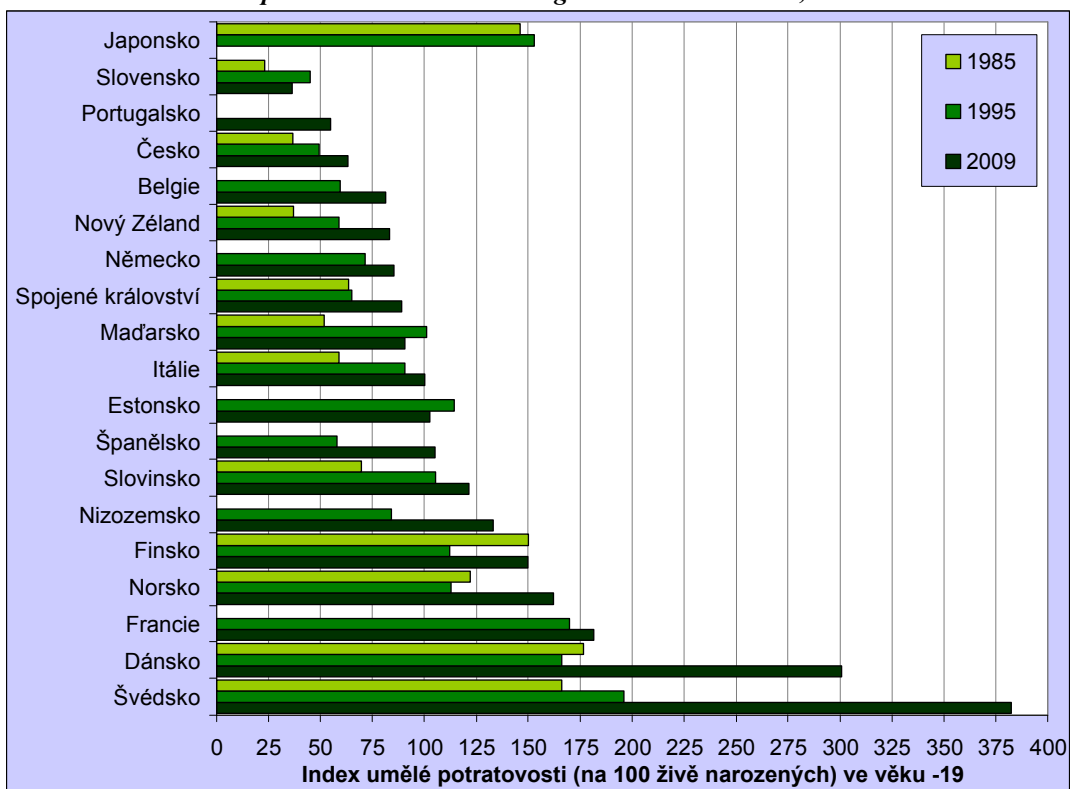
5.2 Umělá potratovost podle věku ženy

Pro lepší vysvětlení a pochopení trendů umělé potratovosti a rozdílů mezi jednotlivými státy je nutná analýza podle věku ženy při podstoupení UPT. Příčiny volby UPT jsou rozdílné nejen v různých státech, ale i v různých etapách reprodukčního období ženy. Zatímco důvodem interrupcí mladých dívek je obvykle jejich nedostatečná vyzrállost a neschopnost postarat se o dítě, nezajištěnost rodiny a chybějící vlastní bydlení, touha po dalším vzdělávání či nestálý partnerský vztah, ženy na konci svého reprodukčního období se rozhodují pro UPT nejčastěji kvůli zdravotním rizikům spojeným s těhotenstvím ve vyšším věku, špatné ekonomické situaci a ohrožení finančního zabezpečení dříve narozených dětí nebo ohrožení kariéry v případě mateřství (Bankole et al., 1998; Fergusson et al., 2007). Legislativy mnohých států před povolením UPT na požádání uznávaly nízký, či vysoký věk těhotné ženy jako jednu z okolností, za níž je UPT povoleno. V současnosti je toto ustanovení obsaženo v zákonech Finska, Izraele a Spojeného království (UN, 2001).

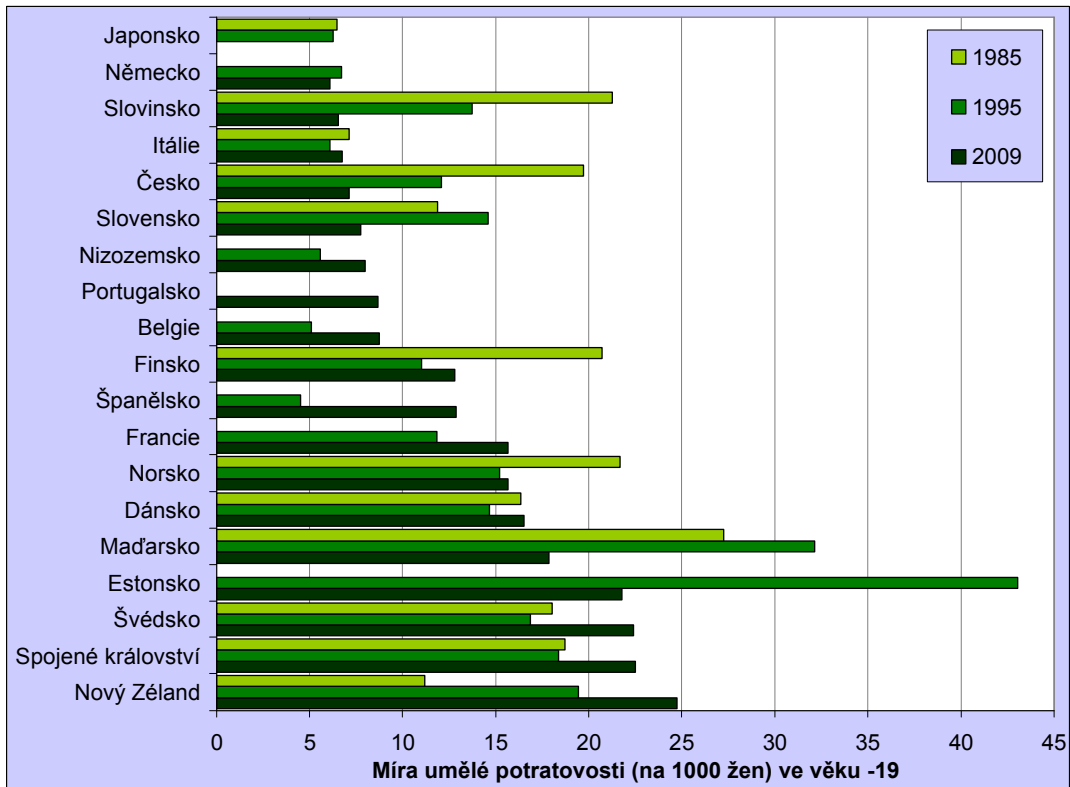
5.2.1 Změny v letech 1985, 1995 a 2009

Většina sledovaných států prodělala ve struktuře umělé potratovosti podle věku mezi lety 1985, resp. 1995 a 2009, výrazné změny. Zatímco ipo_x^u ve věku 35+ se ve všech státech snížil (obr. 22), ipo_x^u ve věku -19 rostl (obr. 18). Protože trendy umělé potratovosti podle věku byly výrazně ovlivněny změnami v časování plodnosti, vývoj po_x^u ve věku -19 (obr. 19) a po_x^u ve věku 35+ (obr. 23) byl od vývoje ipo_x^u v těchto věkových kategoriích odlišný. Ve státech s vysokou celkovou umělou potratovostí v roce 1985 (především státy východní Evropy) došlo mezi lety 1985–2009 ke znatelnému poklesu po_x^u v obou věkových kategoriích. Důležité změny pro vývoj celkové umělé potratovosti proběhly ve věkové kategorii 20–34, ve které je sice ipo_x^u spíše nižší (obr. 20), ale tato skutečnost je výsledkem koncentrace těhotenství do věkové kategorie 20–34 a po_x^u je v této věkové kategorii vysoká (obr. 21).

Nejvyšší hodnoty ipo_x^u ve věku -19 mají státy severní Evropy, ale také Francie a Nizozemsko. Mezi lety 1985 a 2009 vzrostl ipo_x^u ve věku -19 ve Švédsku a Dánsku více jak dvojnásobně na hodnoty 382 UPT na 100 živě narozených ve Švédsku a 301 UPT na 100 živě narozených v Dánsku. Rostoucí ipo_x^u ve věku -19 ve státech severní Evropy je výsledkem odkládání plodnosti do vyššího věku, protože prevalence antikoncepce je velmi vysoká, sexuální chování teenagerů se nemění a celkový počet těhotenství v tomto věku klesá (Knudsen et al., 2003). Většina z malého počtu těhotenství teenagerů ve státech severní Evropy je tak nechtěných a počet živě narozených dětí ženám do 20 let věku je velmi nízký. Také v Nizozemsku a Francii je růst ipo_x^u ve věku -19 způsoben spíše odkladem plodnosti než zvyšováním počtu těhotenství z důvodu nedostatečné ochrany (Fokkema et al., 2008; Rossier et al., 2009). Lze to doložit hodnotami po_x^u ve věku -19, které nejsou v Nizozemsku, Francii ani státech severní Evropy výrazně odlišné než v jiných vyspělých státech. V roce 2009 bylo přesaženo 20 UPT na 1000 žen ve věku -19 na Novém Zélandu, ve Spojeném království, Švédsku a Estonsku. Nejvyšší po_x^u a nízký ipo_x^u ve věku -19 na Novém Zélandu je důsledkem časování plodnosti a vysoké umělé potratovosti domorodých maorských žen, které mají až pětkrát vyšší míru plodnosti ve věku -19 než ženy evropského původu a zároveň také velmi vysokou umělou potratovost (Dickson et al., 2000). Situace ve Spojeném království byla nastíněna v předcházející podkapitole. V po_x^u ve věku -19 se výrazně změnila pozice Česka a Slovinska, které dosahovaly v roce 1985 hodnot okolo 20 UPT na 1000 žen ve věku -19. S dostupnějšími moderními antikoncepčními metodami poklesla po_x^u ve věku -19 v roce 2009 až na 6 UPT na 1000 žen ve Slovinsku a 7 UPT na 1000 žen v Česku. Největší nárůst po_x^u ve věku -19 nastal mezi lety 1995–2009 ve Španělsku. Podle Delgado et al. (2008) je rostoucí množství těhotenství a následných UPT mladých dívek způsobeno chybějící sexuální výchovou a nezodpovědným sexuálním chováním.

Obr. 18 – Index umělé potratovosti ve věkové kategorii -19 v letech 1985, 1995 a 2009

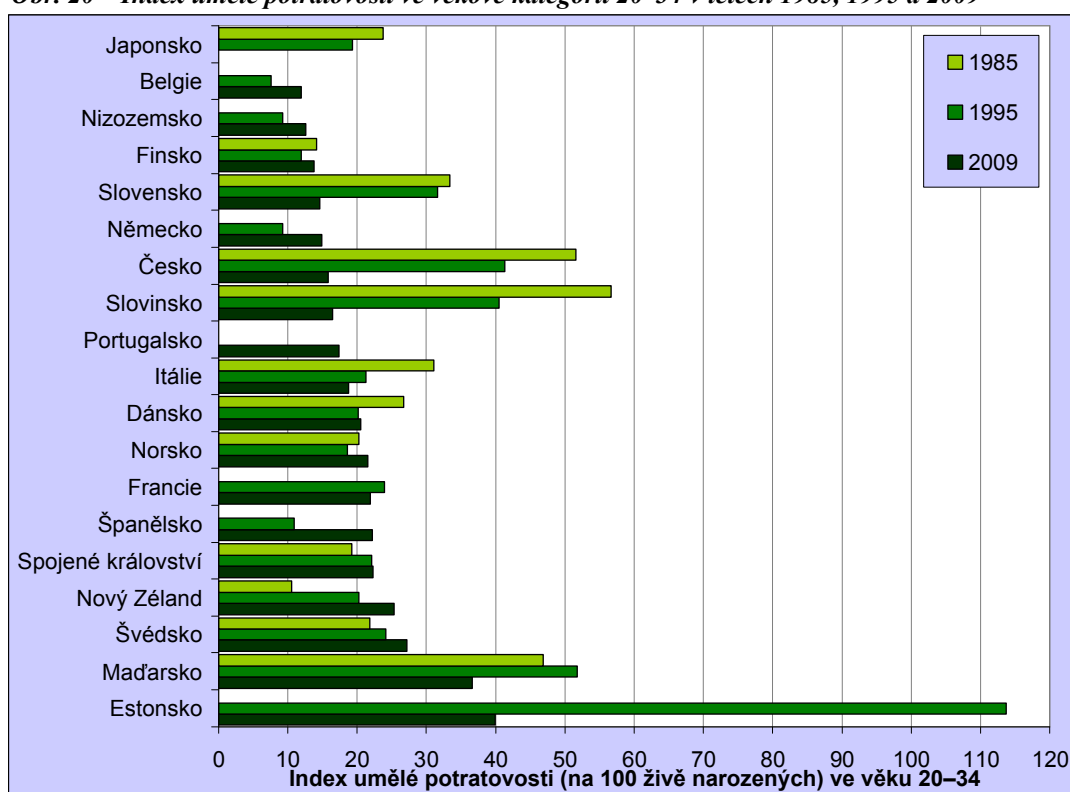
Zdroj: vlastní výpočty, WHO (2011), Eurostat (2012), Statistical Bureau of Japan (2012), Statistics New Zealand (2012), UNSD (1997), UNSD (2012); řazeno podle hodnoty v roce 2009

Obr. 19 – Míra umělé potratovosti ve věkové kategorii -19 v letech 1985, 1995 a 2009

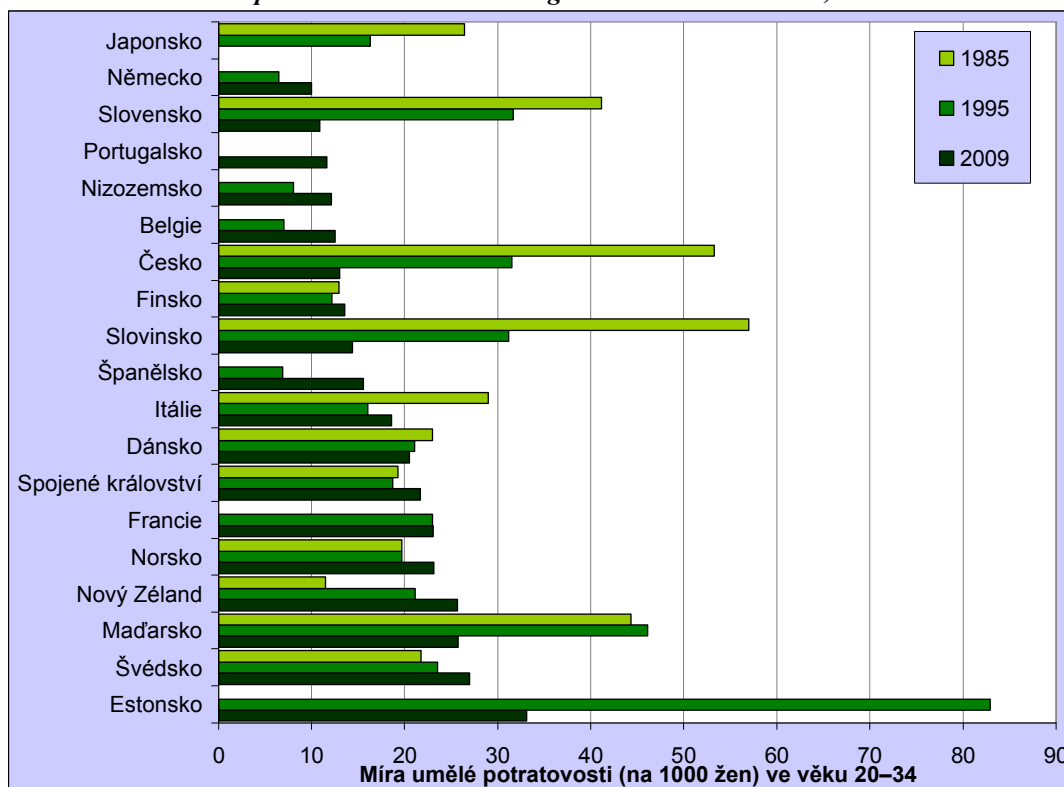
Zdroj: vlastní výpočty, WHO (2011), Eurostat (2012), Statistical Bureau of Japan (2012), Statistics New Zealand (2012), UN (2011); řazeno podle hodnoty v roce 2009

Ve věkové kategorii 20–34 došlo mezi lety 1985 a 2009 k výraznému poklesu ipo_x^u i po_x^u v bývalých socialistických státech, ve kterých byl ipo_x^u a po_x^u ve věku 20–34 vysoký. U Česka, Slovenska i Slovinska se hodnoty obou ukazatelů ve věku 20–34 snížily o více jak polovinu a tento pokles tak výrazně přispěl k celkovému snížení umělé potratovosti. V této věkové kategorii byly ve všech vybraných letech nejmenší rozdíly v ipo_x^u mezi jednotlivými státy a v roce 2009 se ipo_x^u ve věku 20–34 pohyboval mezi 12 UPT na 100 živě narozených v Belgii a 40 UPT na 100 živě narozených v Estonsku. Naopak rozdíly v po_x^u ve věku 20–34 byly ve všech sledovaných letech největší. Ovšem zatímco v roce 1985 činil rozdíl mezi nejvyšší hodnotou po_x^u ve věku 20–34 ve Slovinsku a nejnižší hodnotou po_x^u ve věku 20–34 na Novém Zélandu přes 45 UPT na 1000 žen, v roce 2009 byl rozdíl mezi státy s extrémními hodnotami – Estonskem a Německem – pouhých 23 UPT na 1000 žen.

Obr. 20 – Index umělé potratovosti ve věkové kategorii 20–34 v letech 1985, 1995 a 2009

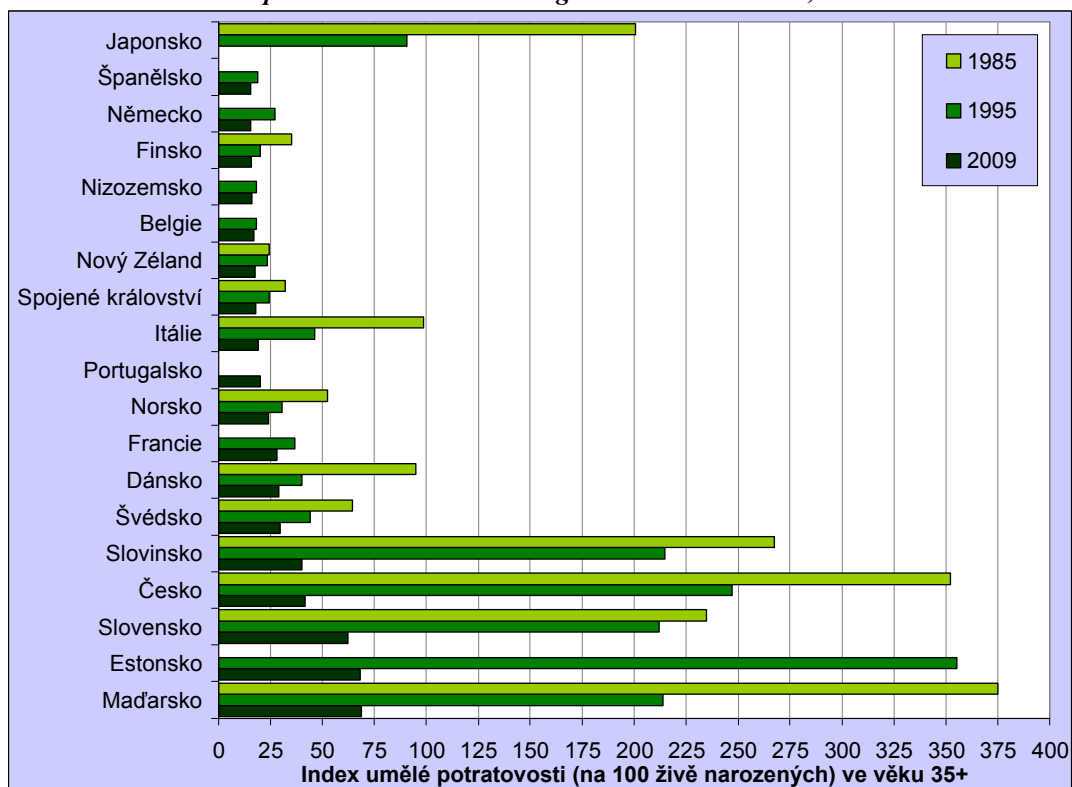


Zdroj: vlastní výpočty, WHO (2011), Eurostat (2012), Statistical Bureau of Japan (2012), Statistics New Zealand (2012), UNSD (1997), UNSD (2012); řazeno podle hodnoty v roce 2009

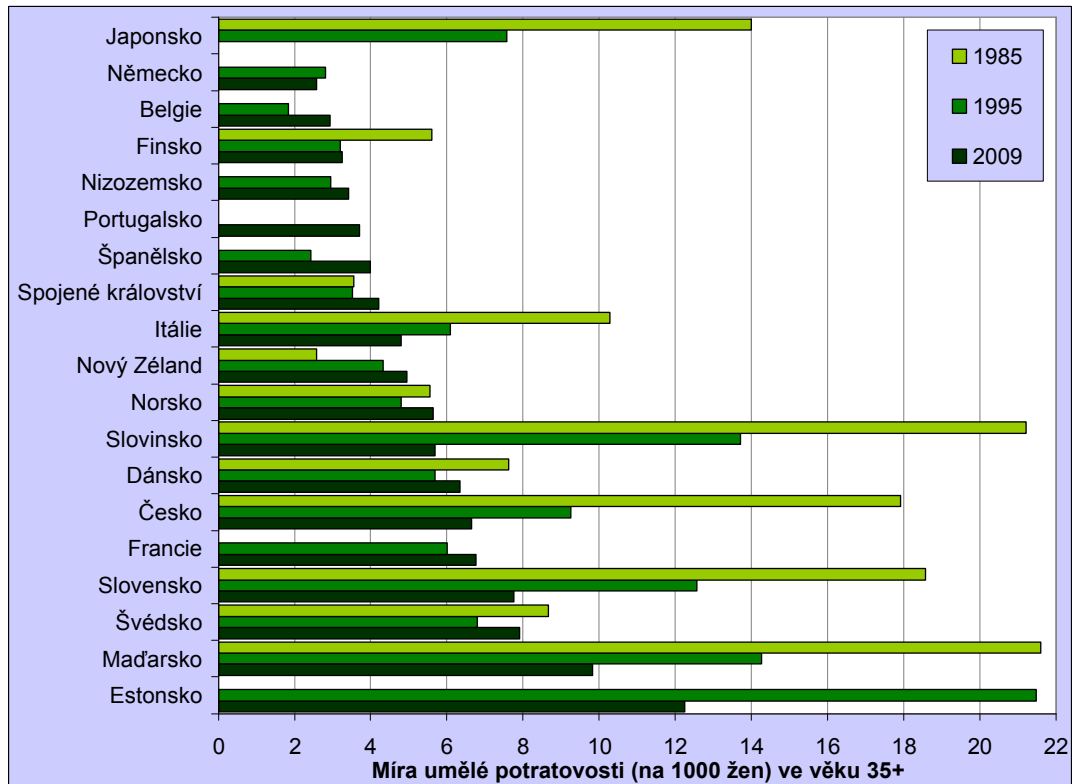
Obr. 21 – Míra umělé potratovosti ve věkové kategorii 20–34 v letech 1985, 1995 a 2009

Zdroj: vlastní výpočty, WHO (2011), Eurostat (2012), Statistical Bureau of Japan (2012), Statistics New Zealand (2012), UN (2011); řazeno podle hodnoty v roce 2009

Velké rozdíly byly v ipo_x^u u žen ve věku 35+. V této věkové kategorii došlo k nejvýraznějšímu poklesu ipo_x^u v bývalých socialistických státech a snížení ipo_x^u ve věku 35+ nejvíce přispělo k jejich celkovému snížení umělé potratovosti. Přesto byl ipo_x^u ve věku 35+ v těchto státech nejvyšší i v roce 2009. V Česku se ipo_x^u ve věku 35+ mezi lety 1985 a 2009 snížil o 82 %, tedy nejvíce ze všech vyspělých států. A protože na Slovensku ipo_x^u ve věku 35+ klesl mezi lety 1985 a 2009 pouze o 70 %, tak právě tato věková kategorie způsobila obrát v trendu umělé potratovosti mezi Českem a Slovenskem, kde byla umělá potratovost tradičně nižší až do konce 90. let. Ve všech vyspělých státech bylo snížení ipo_x^u ve věku 35+ způsobeno na jedné straně poklesem počtu UPT v této věkové kategorii, na druhé posouváním plodnosti do vyššího věku. Výrazně se nárůst počtu narozených dětí ženám starším než 35 let odrazil ve změně ipo_x^u ve věku 35+ právě ve státech východní Evropy a to v souvislosti se změnou reprodukčního chování žen v těchto státech v rámci probíhajícího druhého demografického přechodu (Rychtaříková, 1999). Po_x^u ve věku 35+ byla ve všech sledovaných letech nižší než v ostatních věkových kategoriích a rozdíly mezi jednotlivými vyspělými státy byly nejmenší. Tato skutečnost vyplývá z menšího počtu těhotenství ve věku 35+ a tedy menšího potenciálního počtu žen, které mohou podstoupit UPT. V roce 1985 přesahovaly hodnoty Po_x^u ve věku 35+ v Maďarsku, Slovensku a Slovinsku 20 UPT na 1000 žen, v roce 2009 dosahovala Po_x^u pouze v Estonsku více než 10 UPT na 1000 žen.

Obr. 22 – Index umělé potratovosti ve věkové kategorii 35+ v letech 1985, 1995 a 2009

Zdroj: vlastní výpočty, WHO (2011), Eurostat (2012), Statistical Bureau of Japan (2012), Statistics New Zealand (2012), UNSD (1997), UNSD (2012); řazeno podle hodnoty v roce 2009

Obr. 23 – Míra umělé potratovosti ve věkové kategorii 35+ v letech 1985, 1995 a 2009

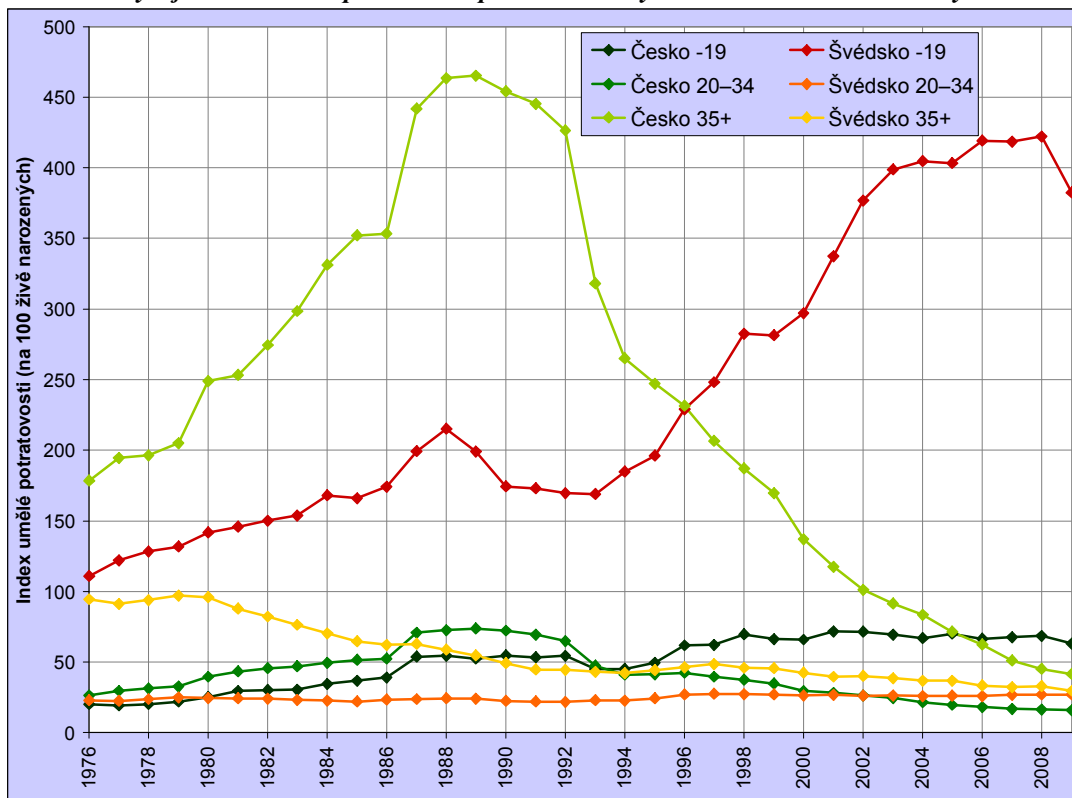
Zdroj: vlastní výpočty, WHO (2011), Eurostat (2012), Statistical Bureau of Japan (2012), Statistics New Zealand (2012), UN (2011); řazeno podle hodnoty v roce 2009

5.2.2 Srovnání vývoje v Česku a ve Švédsku

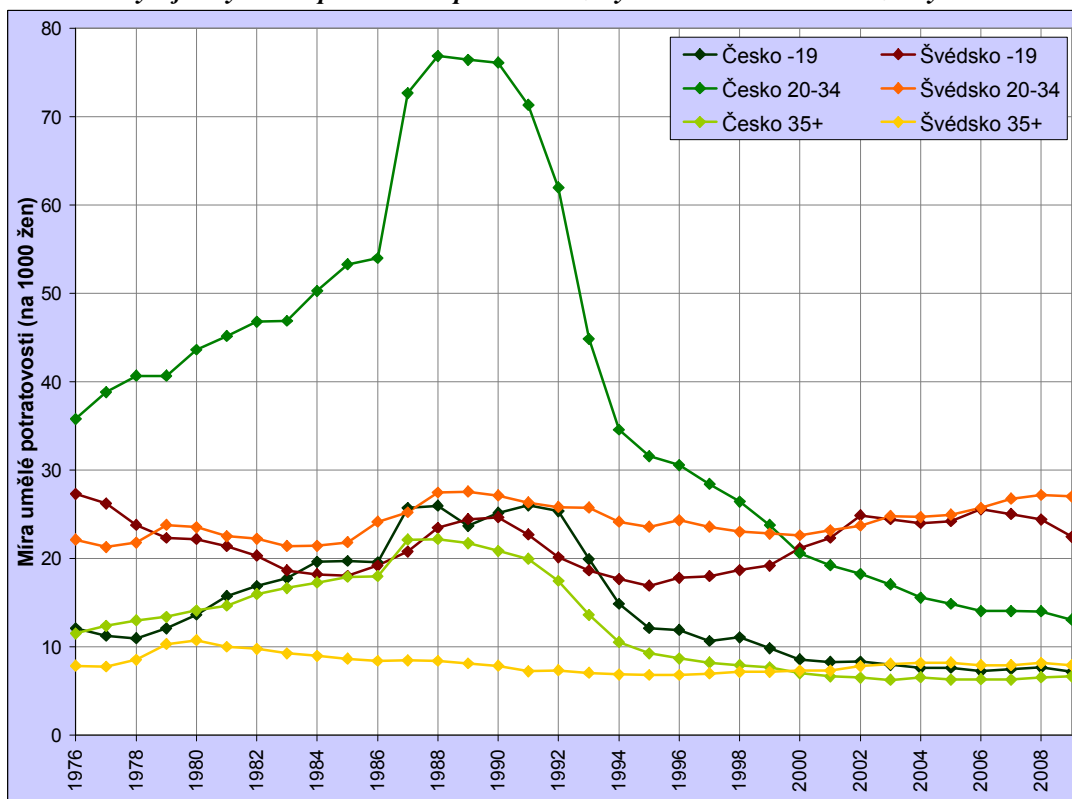
Pro podrobnější porovnání vývoje umělé potratovosti podle věku ženy ve dvou odlišných regionech bylo vybráno Česko a Švédsko. Švédsko má v současnosti nejvyšší ipo^u_x a velmi vysokou po^u_x ve věkové kategorii -19, Česko patří dlouhodobě mezi vyspělé státy s vysokými hodnotami ipo^u_x a po^u_x ve věkové kategorii 35+. Tyto dva státy jako jedny z prvních povolily UPT z jiných než zdravotních důvodů a mají dostatečně dlouhé časové řady umožňující porovnání vývoje umělé potratovosti podle věku ženy a také s věkem souvisejícího porovnání podílu UPT podle předchozího počtu živě narozených dětí. Detailnějším rozbořením tak lze vysvětlit změnu pozice Česka a Švédska v celkovém ipo^u . Až do roku 2000 převyšoval ipo^u Česka ipo^u Švédska. V posledních letech se ovšem tento trend obrátil a zatímco ipo^u v Česku nadále klesá, ve Švédsku roste (Příloha 8).

V Česku byl vývoj umělé potratovosti ve všech věkových kategoriích ovlivněn novým zákonem v roce 1986 a vývoj ipo^u_x a po^u_x ve věku 35+ také vyhláškou z roku 1980. Ve Švédsku proběhla ve sledovaném období jediná výraznější legislativní změna v roce 1995, která se mírně odrazila ve výraznějším nárůstu umělé potratovosti ve věku -19. Na obr. 24 a obr. 25 jsou patrné rozdíly ve struktuře umělé potratovosti podle věku v obou státech. Ve Švédsku byl vždy nejvyšší ipo^u_x ve věku -19, oproti tomu v Česku až do roku 2005 dominoval ipo^u_x ve věku 35+, který převýšil ipo^u_x ve věku -19 v roce 2006. Ve Švédsku ipo^u_x ve věku 35+ mezi lety 1976–2009 nikdy nepřekročil hodnotu 100 UPT na 100 živě narozených. V Česku se v této věkové kategorii dostaly hodnoty ipo^u_x na konci 80. let přes 450 UPT na 100 živě narozených. Po poklesu ipo^u_x ve věku 35+ v Česku od počátku 90. let se však v roce 2009 lišily hodnoty ipo^u_x žen starších než 35 let mezi oběma státy o pouhých 12 UPT na 100 živě narozených. Pro vysvětlení změny trendu celkové umělé potratovosti je potřeba zaměřit se na po^u_x . V Česku došlo po roce 1990 k prudkému poklesu po^u_x ve věkové kategorii 20–34, ve které dosahovaly hodnoty na konci 80. let přes 70 UPT na 1000 žen. V roce 2000 poprvé převýšila po^u_x ve věku 20–34 a současně také ve věku -19 ve Švédsku po^u_x ve věku 20–34 v Česku. po^u_x v Česku nadále klesá ve všech věkových kategoriích. Ve Švédsku docházelo naopak od poloviny 90. let ve všech věkových kategoriích k nárůstu po^u_x . Zdá se, že ve věkové kategorii -19 a 35+ byl růst zastaven, přesto byla v roce 2009 po^u_x Švédska vyšší ve všech zvolených věkových kategoriích než po^u_x v odpovídajících věkových kategoriích v Česku.

Jak již bylo popsáno výše, hlavním faktorem rozdílu v hodnotách ipo^u_x a po^u_x a také ve struktuře umělé potratovosti podle věku ženy mezi Českem, jako bývalým socialistickým státem, a Švédskem byla odlišná prevalence moderních antikoncepčních metod a také odlišné časování plodnosti.

Obr. 24 – Vývoj indexu umělé potratovosti podle věku ženy v Česku a Švédsku mezi lety 1976–2009

Zdroj: vlastní výpočty, WHO (2011)

Obr. 25 – Vývoj míry umělé potratovosti podle věku ženy v Česku a Švédsku mezi lety 1976–2009

Zdroj: vlastní výpočty, WHO (2011)

Pomocí metody dekompozice lze přesně určit, jak se na rozdíl v umělé potratovosti mezi Švédskem a Českem podílela změna intenzity umělé potratovosti a jak změna věkové struktury žen v reprodukčním věku. Dekompozice byla počítána pro rozdíl obecné míry umělé potratovosti v roce 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 a 2009 (tab. 3). Do roku 2000 byla obecná míra umělé potratovosti vyšší v Česku než ve Švédsku. Rozdíl ve struktuře žen podle věku v roce 1985 činil -0,0005, což znamená, že rozdíl ve věkové struktuře působil ve směru rozdílu celkové obecné míry umělé potratovosti. Při relativním vyjádření byl ovšem vliv věkové struktury žen zanedbatelné 2 % a rozdíl v obecné míře umělé potratovosti mezi Švédskem a Českem byl dán především rozdílem intenzity (98 %), která byla výrazně vyšší v Česku. V roce 1990 byl rozdíl mezi oběma státy největší. Na tomto rozdílu měla opět výrazně větší podíl intenzita umělé potratovosti, která byla v roce 1990 v Česku, po liberalizaci zákona o UPT, velmi vysoká, přičemž věková struktura žen v Česku působila opačně, tj. zeslabovala hodnotu rozdílu v celkové obecné míře plodnosti mezi oběma zeměmi. V následujících letech rostl vliv rozdílu struktury podle věku žen v reprodukčním věku. Současně ovšem také docházelo ke znatelnému poklesu rozdílů v po^u mezi oběma státy. Tyto rozdíly byly v letech 2005 a 2009 velmi malé, a proto nelze vliv věkové struktury přeceňovat. V roce 2005, kdy již dosahovala obecná míra umělé potratovosti ve Švédsku vyšších hodnot než v Česku, byla komponenta rozdílu ve struktuře podle věku -0,0007 a působila tak proti celkovému směru rozdílu obecné míry umělé potratovosti. V relativním vyjádření tak měl tento faktor podstatnou váhu (-50 %). V posledním sledovaném roce 2009 vliv struktury podle věku ženy na celkový rozdíl v obecné míře umělé potratovosti mezi Českem a Švédskem dále posílil na -54 %, z čehož vyplývá, že pokud by byla struktura žen v Česku a Švédsku stejná, byl by rozdíl mezi oběma státy větší. Podle výsledků dekompozice lze tedy obrát trendu umělé potratovosti v Česku a Švédsku přičítat zejména nižší intenzitě umělé potratovosti v Česku a pouze částečně rozdílům ve struktuře žen v reprodukčním věku.

Tab. 3 – Dekompozice rozdílu obecné míry umělé potratovosti a struktury žen v reprodukčním věku mezi Švédskem a Českem

Rok	po^u		Švédsko – Česko			
	Švédsko	Česko	Rozdíl	Rozdíl v intenzitě	Rozdíl ve struktuře podle věku	Celkem
1985	0,0156	0,0406	absolutně	-0,0245	-0,0005	-0,0250
			relativně (v %)	97,91	2,09	100
1990	0,1830	0,0491	absolutně	-0,0315	0,0007	-0,0308
			relativně (v %)	102,11	-2,11	100
1995	0,0154	0,0231	absolutně	-0,0083	0,0006	-0,0078
			relativně (v %)	107,41	-7,41	100
2000	0,0156	0,0182	absolutně	-0,0025	-0,0001	-0,0026
			relativně (v %)	94,45	5,55	100
2005	0,0173	0,0159	absolutně	0,0022	-0,0007	0,0014
			relativně (v %)	149,65	-49,65	100
2009	0,0178	0,0160	absolutně	0,0028	-0,001	0,0018
			relativně (v %)	154,13	-54,13	100

Zdroj: vlastní výpočty, ČSÚ (2010a), Socialstyrelsen (2011)

V Česku došlo mezi rokem 1985 a 2009 k výraznému poklesu obecné míry umělé potratovosti. Dekompozicí změny obecné míry umělé potratovosti a struktury žen

v reprodukčním věku (tab. 4) bylo zjištěno, že na tomto poklesu se téměř výhradně podílela změna intenzity. Jinak tomu bylo ve Švédsku, kde sice došlo pouze k malé změně celkové obecné míry umělé potratovosti, ale výraznou váhu měla změna věkové struktury žen v reprodukčním věku (-29%).

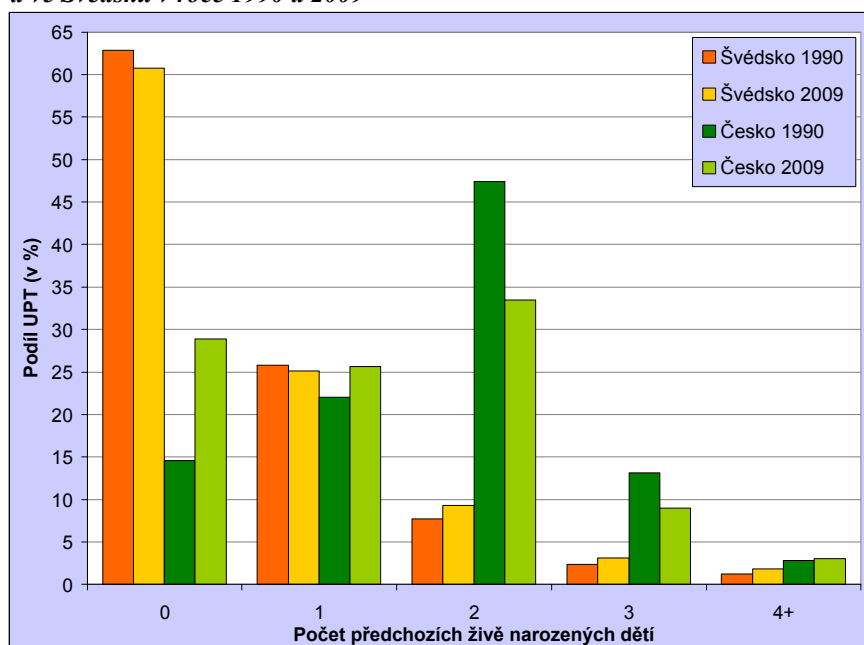
Tab. 4 – Dekompozice změny obecné míry umělé potratovosti a struktury žen v reprodukčním věku mezi lety 1985 a 2009 v Česku a ve Švédsku

1985–2009	Česko		Švédsko	
	absolutně	relativně	absolutně	relativně
Změna intenzity	0,0247	100,28	0,0027	129,03
Změna struktury podle věku	-0,0001	-0,28	-0,0006	-29,03
Celkem	0,0247	100,00	0,0021	100,00

Zdroj: vlastní výpočty, ČSÚ (2010a), Socialstyrelsen (2011); změna 1985–2009

Porovnání podílu UPT podle předchozího počtu živě narozených dětí (obr. 26) nabízí další zdůvodnění rozdílu umělé potratovosti podle věku ženy mezi Českem a Švédskem. V obou sledovaných letech, 1990⁹ a 2009, přesahoval podíl UPT bezdětných žen ve Švédsku 60 %. Jednalo se tedy především o UPT mladých svobodných dívek, které odkládaly narození dítěte do vyššího věku (Tullberg, Lummaa, 2001). V Česku byl v obou letech největší podíl UPT u žen majících již dvě děti. Dochází ovšem ke sbližování podílu UPT žen bezdětných, s jedním a dvěma dětmi. Přes pokles ipo_x u žen ve starším věku ale zatím přetrvávají UPT u žen, které již porodily plánovaný počet dětí (Kocourková, 2010, s. 161).

Obr. 26 – Podíl UPT podle počtu předchozích živě narozených dětí v Česku a ve Švédsku v roce 1990 a 2009



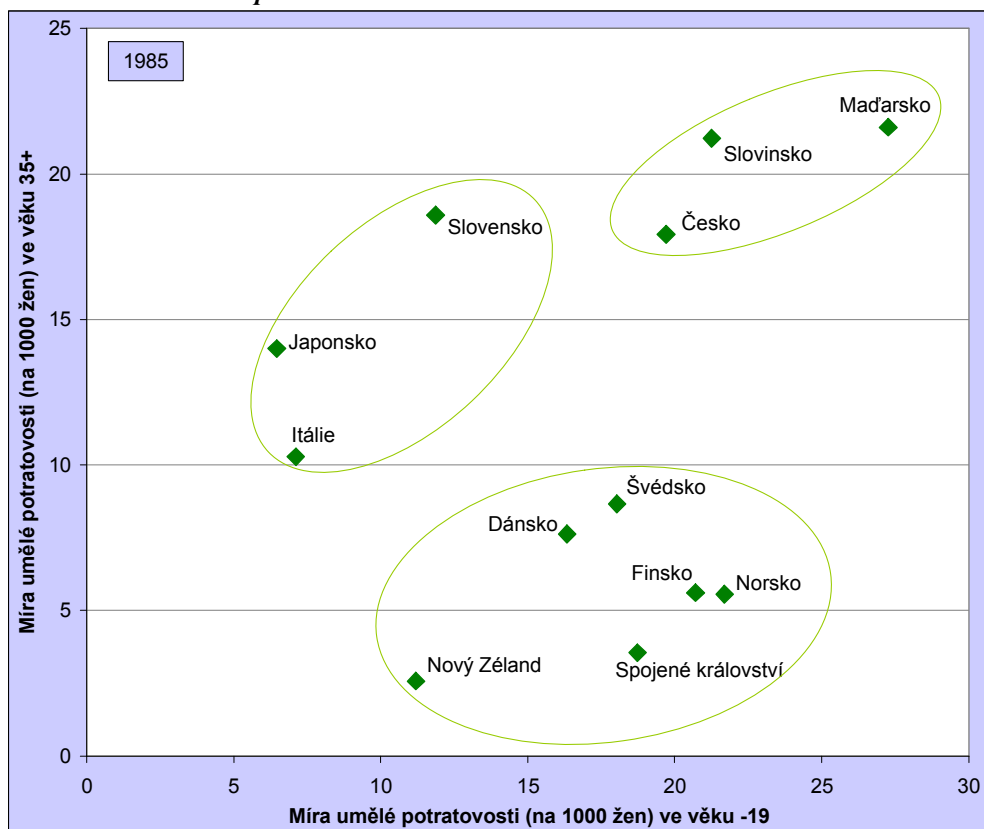
Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ (2004), ČSÚ (2010b) a Socialstyrelsen (2011)

⁹ Datová základna nenabízí údaje za, u jiných ukazatelů analyzovaný, rok 1985.

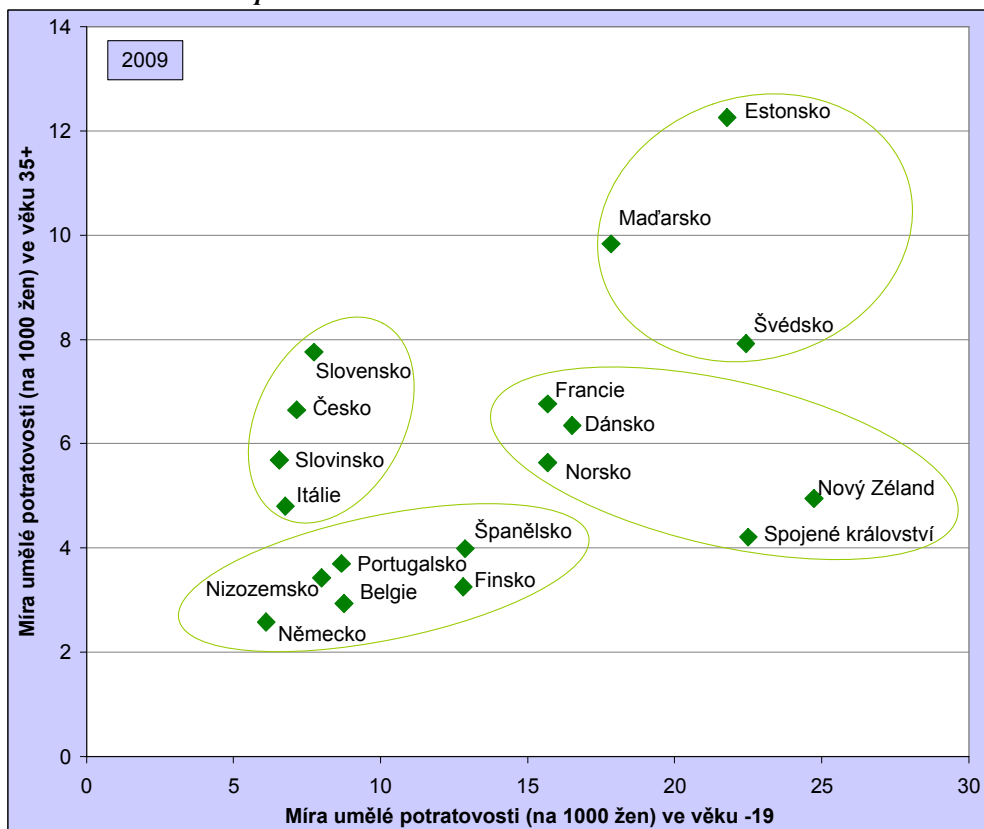
5.2.3 Shrnutí

Předchozí analýza ukazuje, že ve struktuře umělé potratovosti existovaly výrazné rozdíly mezi bývalými socialistickými státy a ostatními vyspělými státy. Kvůli změnám v časování plodnosti se ipo^u_x ukazuje jako méně vhodný ukazatel a změny v trendech celkové umělé potratovosti lépe vystihují změny ve struktuře po^u_x .

Pro přesný popis pozice států podle struktury po^u_x ve věku -19 a 35+ byla provedena shluková analýza pro roky 1985 a 2009 (Příloha 3a, b). V roce 1985 lze identifikovat 3 hlavní skupiny (obr. 27). První skupinu tvoří bývalé socialistické státy Česko, Maďarsko a Slovinsko, které měly vysokou po^u_x v obou věkových kategoriích. Tyto státy měly také nejvyšší celkovou umělou potratovost. Další skupinu tvoří Slovensko spolu s Itálií a Japonskem, ve kterých byla po^u_x ve věku -19 relativně nízká a po^u_x ve věku 35+ středně vysoká. Ve zbývajících skupině států, tvořené státy severní Evropy a anglicky mluvícími zeměmi, nepřesahovala po^u_x ve věku 35+ 10 UPT na 1000 žen a po^u_x ve věku -19 byla středně vysoká. Za rok 2009 byla k dispozici data za více vyspělých států. Dle vytvořených skupin zemí (obr. 28) lze usuzovat, že pozice států podle struktury po^u_x ve věku -19 a 35+ se částečně změnila. Došlo k přeskupení bývalých socialistických států. Česko, Slovensko a Slovinsko vytvořily skupinu společně s Itálií. Tyto státy měly středně vysokou hodnotu po^u_x ve věku 35+ a nízkou ve věku -19. Od ostatních států severní Evropy se s vysokými hodnotami po^u_x v obou věkových kategoriích oddělilo Švédsko a zařadilo se do skupiny spolu s Maďarskem a Estonskem, tedy ke státům s nejvyšší celkovou umělou potratovostí. Další skupina obsahuje země se středně vysokou po^u_x ve věku 35+ a vyšší po^u_x ve věku -19. Kromě anglicky mluvících zemí Nového Zélandu a Spojeného království měly tuto strukturu po^u_x podle věku Dánsko, Norsko a Francie. Poslední skupina byla vymezena ze států s nízkou po^u_x ve věku 35+ a nižší až středně vysokou po^u_x ve věku -19.

Obr. 27 – Míra umělé potratovosti ve věku -19 a 35+ v roce 1985

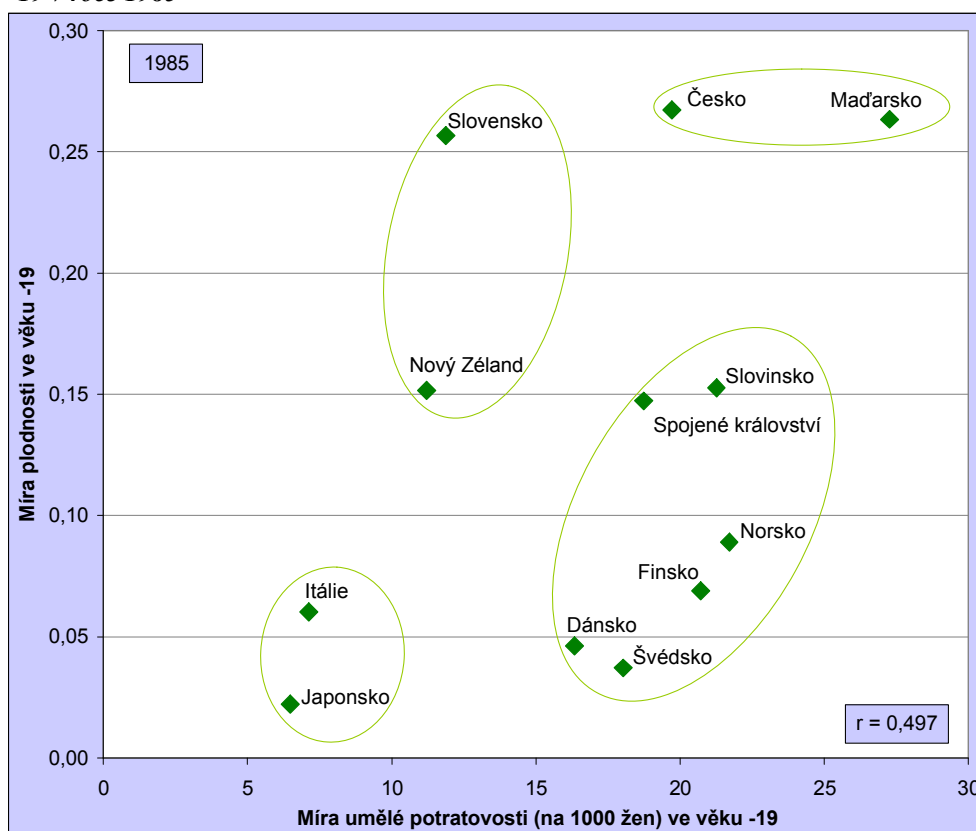
Poznámka: vymezení skupin zemí podle shlukové analýzy (Příloha 3a)

Obr. 28 – Míra umělé potratovosti ve věku -19 a 35+ v roce 2009

Poznámka: vymezení skupin zemí podle shlukové analýzy (Příloha 3b)

Jako vysvětlení předchozích zjištění se nabízí souvislost po^u_x podle věku a měr plodnosti podle věku. Výpočtem Spearmanova korelačního koeficientu¹⁰ pro po^u_x ve věku -19 a míry plodnosti ve věku -19 vyšla středně silná pozitivní závislost. Shlukovou analýzou (Příloha 4a) byly identifikovány 4 skupiny států, které jsou zobrazeny na obr. 29. Česko společně s Maďarskem měly ve věku -19 vysokou míru plodnosti i vysokou po^u_x . Lze usuzovat, že tento trend byl způsoben vyšší mírou těhotenství v těchto zemích a nízkým průměrným věkem při narození prvního dítěte, který byl v roce 1985 v Česku 22,35 let (Rychtaříková, 2010b). Další bývalý socialistický stát Slovensko vytvořil skupinu s Novým Zélandem. Pro tyto země byla v roce 1985 typická vyšší míra plodnosti ve věku -19, ale nižší po^u_x . V Itálii a Japonsku, tvořících společnou skupinu, se míra plodnosti i po^u_x ve věku -19 pohybovala na nejnižší úrovni ze sledovaných vyspělých států. Největší skupina, tvořená státy severní Evropy, Spojeným královstvím a Slovinskem, měla vyšší po^u_x ve věku -19, ale nižší až středně vysokou míru plodnosti v tomto věku.

Obr. 29 – Souvislost míry umělé potratovosti ve věku -19 a míry plodnosti ve věku -19 v roce 1985



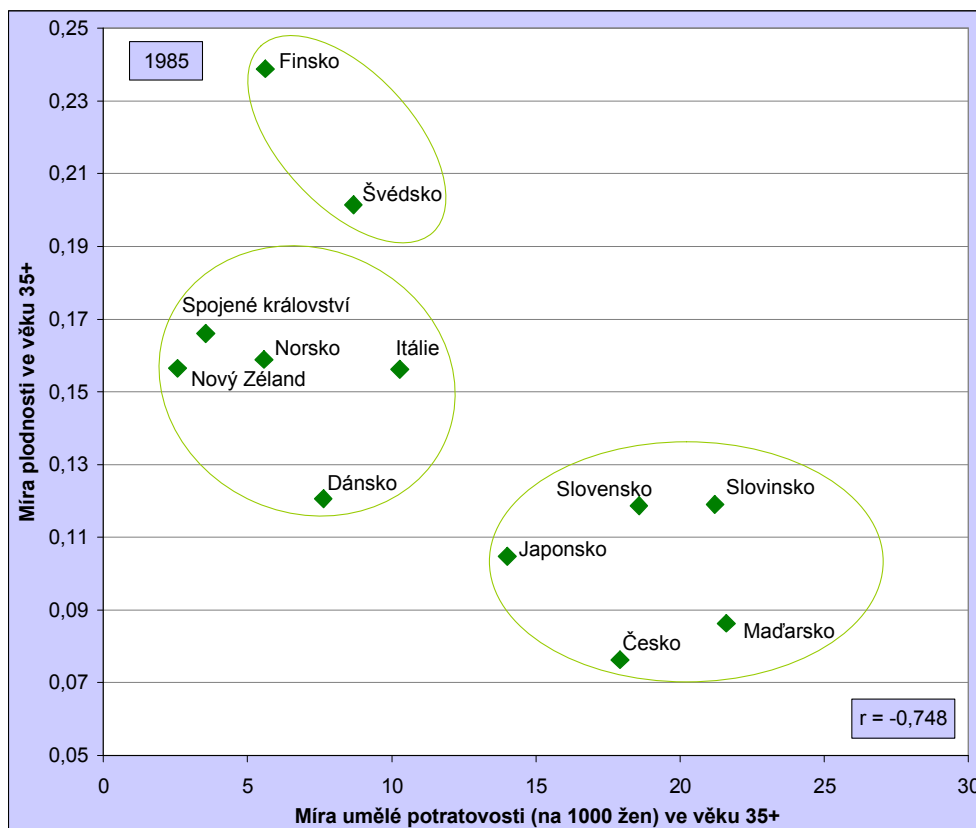
Poznámka: vymezení skupin zemí podle shlukové analýzy (Příloha 4a)

Pro míru plodnosti a po^u_x ve věku 35+ vyšla v roce 1985 silná negativní závislost, tedy opačná než pro věk -19. Pro vysvětlení tohoto jevu je nutné podívat se na složení skupin zemí (obr. 30) vymezených shlukovou analýzou (Příloha 4b). V bývalých socialistických státech a v Japonsku byla nízká míra plodnosti a vysoká po^u_x ve věku 35+. Jak vyplývá z výše provedené analýzy ipo^u_x podle věku, ženy v těchto státech upřednostňovaly při otěhotnění

¹⁰ Spearmanův korelační koeficient byl počítán pouze ze souboru států, které v daném období povolovaly UPT minimálně pro záchranu mentálního zdraví ženy a byla za ně dostupná data.

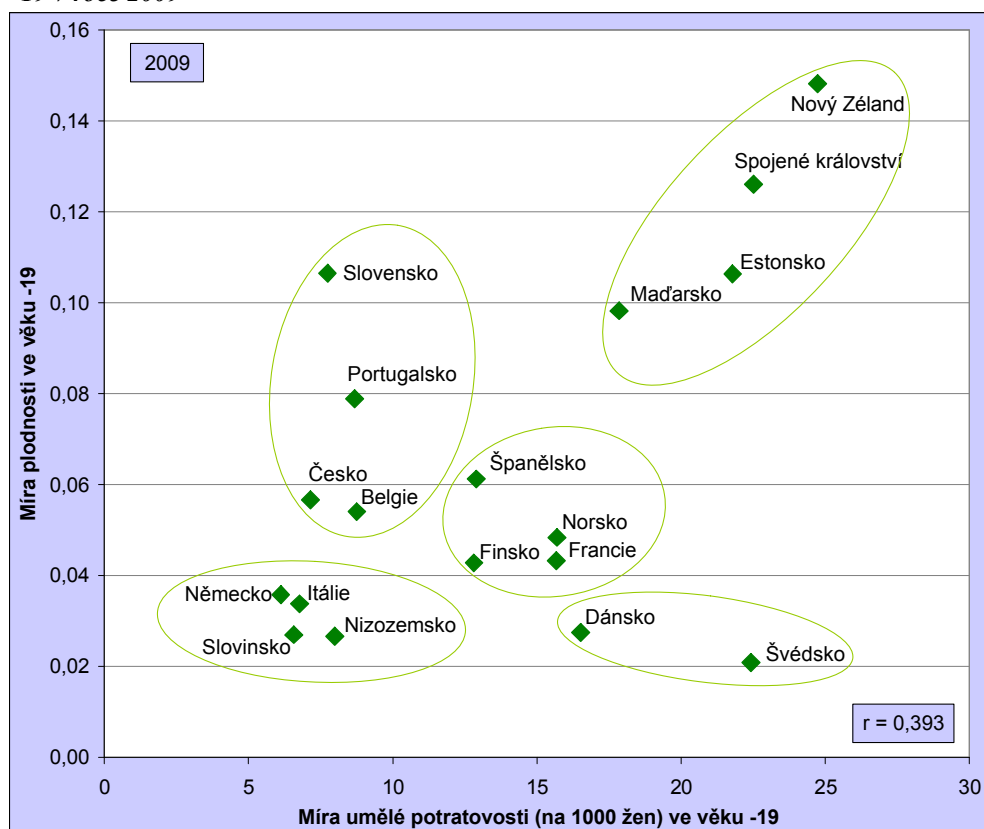
ve vyšším věku UPT před narozením dítěte a míra plodnosti ve věku 35+ tak byla v roce 1985 nízká. Naopak ve Finsku či Švédsku se ženy při otěhotnění ve věku 35+ rozhodovaly pro narození dítěte a plodnost ve věku 35+ byla v těchto zemích vyšší než plodnost ve věku -19. Ve zbývajících skupině jsou země, které měly středně vysokou míru plodnosti a nízkou až střední po^u_x ve věku 35+. V těchto státech byla míra plodnosti ve věku 35+ vyšší než ve věku -19.

Obr. 30 – Souvislost míry umělé potratovosti ve věku 35+ a míry plodnosti ve věku 35+ v roce 1985



Poznámka: vymezení skupin zemí podle shlukové analýzy (Příloha 4b)

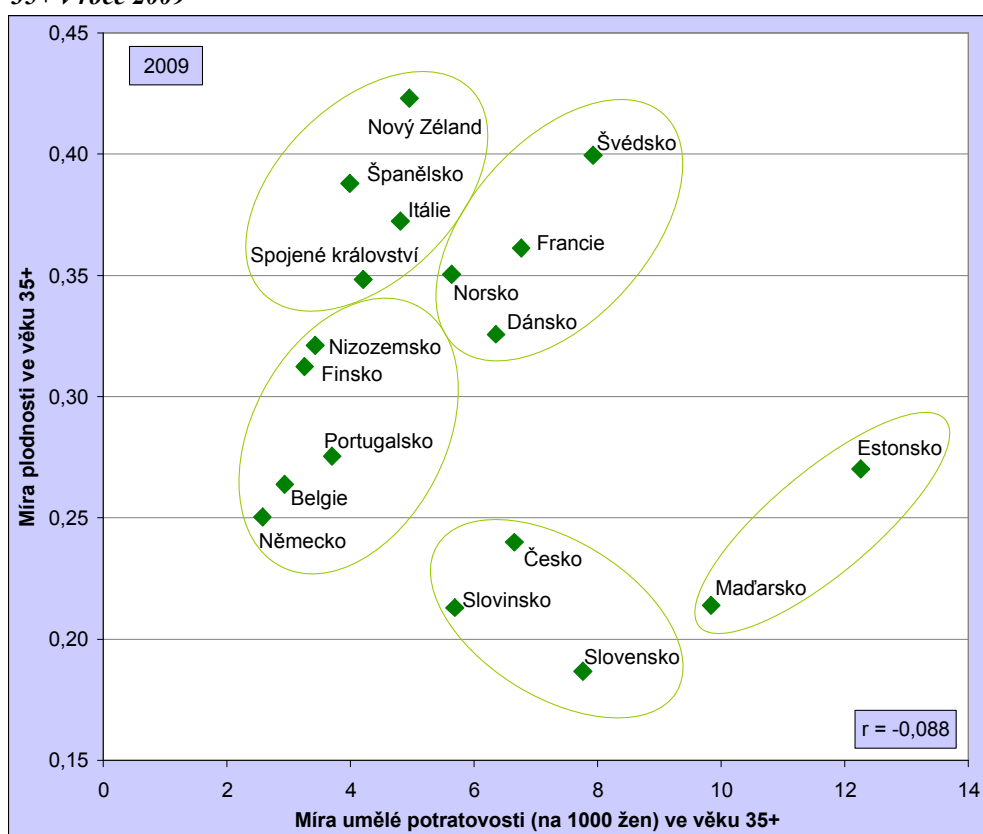
V roce 2009 vyšla výpočtem Spearmanova korelačního koeficientu pouze slabá závislost mezi po^u_x ve věku -19 a mírou plodnosti ve věku -19. Snížení závislosti však lze přisoudit zmenšení rozdílů v obou proměnných mezi jednotlivými státy a vstupem dalších států do analýzy, a míru plodnosti podle věku tak i nadále považovat za významný faktor rozdílů v umělé potratovosti ve věku -19 ve vyspělých státech. Shlukovou analýzou (Příloha 4c) bylo identifikováno několik skupin států, které jsou zobrazeny na obr. 31. Je zřejmé, že mezi vyspělými státy došlo k výrazné změně nejen v po^u_x ve věku -19, ale i v časování a míře plodnosti v tomto věku. Nový Zéland a Spojené království vytvořily skupinu spolu se státy s nejvyšší celkovou umělou potratovostí Maďarskem a Estonskem. Pro tyto země je typická vysoká míra plodnosti i po^u_x ve věku -19. Podobnou po^u_x ve věku -19 mají také Dánsko a Švédsko, u kterých je ovšem ve věku -19 nízká míra plodnosti. Nejnižší po^u_x , ale také míry plodnosti, mají státy ve skupině tvořené Německem, Itálií, Slovinskem a Nizozemskem. Zbývajících dvě skupiny států mají středně vysoké hodnoty obou ukazatelů. Slovensko, Portugalsko, Česko a Belgie mají nižší po^u_x než státy ve skupině obsahující Španělsko, Norsko, Finsko a Francii.

Obr. 31 – Souvislost míry umělé potratovosti ve věku -19 a míry plodnosti ve věku -19 v roce 2009

Poznámka: vymezení skupin zemí podle shlukové analýzy (Příloha 4c)

Ačkoliv byla v roce 1985 souvislost mezi mírou plodnosti ve věku 35+ a po^u_x ve věku 35+ silná, v roce 2009 mezi těmito dvěma proměnnými podle výpočtu Spearmanova korelačního koeficientu neexistoval žádný vztah. Podle vymezení skupin zemí shlukovou analýzou (Příloha 4d) se ovšem příliš nezměnila pozice a skupiny států (obr. 32). Bývalé socialistické státy byly rozděleny na dvě skupiny. První, tvořená Maďarskem a Estonskem měla ve věku 35+ nejvyšší po^u_x a nízkou míru plodnosti, státy druhé skupiny – Česko, Slovensko a Slovinsko měly nízkou míru plodnosti a středně vysokou po^u_x . Státy s nejvyšší mírou plodnosti a po^u_x ve věku -19 – Spojené království a Nový Zéland – dosahovaly nejvyšší míry plodnosti také ve věku 35+, ale společně s Itálií a Španělskem také nízké po^u_x ve věku 35+. V další skupině, seskupující státy severní Evropy s výjimkou Finska a Francie, byla vysoká míra plodnosti a středně vysoká po^u_x . Poslední skupinu vytvořily státy Evropy, ve kterých byla nízká po^u_x a středně vysoká míra plodnosti.

Obr. 32 – Souvislost míry umělé potratovosti ve věku 35+ a míry plodnosti ve věku 35+ v roce 2009



Poznámka: vymezení skupin zemí podle shlukové analýzy (Příloha 4d)

Kapitola 6

Závěr

Umělé potraty jsou stejně jako nechtěná těhotenství rozšířena ve všech společnostech bez ohledu na kulturní a náboženské prostředí. Rozhodnutí o ukončení nechtěného těhotenství je determinováno mnoha faktory, z nichž je jedním z nejdůležitějších platná legislativa UPT. V současnosti je UPT z jiných než zdravotních důvodů legálně umožněno ve 25 z 28 sledovaných vyspělých zemí. Obecně platí, že zákony týkající se UPT nejprve liberalizovaly státy severní a východní Evropy společně s Japonskem. V těchto státech docházelo k častějším změnám legislativy UPT než ve státech, které legalizovaly UPT později. Ve státech severní Evropy byla po prvotní nutnosti povolení UPT komisi tato omezující podmínka v 70. letech zrušena, ve státech východní Evropy schvalovaly UPT komise až do 80. let, v případě Maďarska do 90. let. Pro vývoj legislativy UPT v mnoha státech byl podstatný nový zákon povolující UPT, který přijalo v roce 1967 Spojené království. Následovala vlna liberalizace zákonů o UPT v anglicky mluvících zemích a poté postupně ve státech západní Evropy. Nejpozději povolily UPT země jižní Evropy. Opačný trend, tedy restrikce legislativy UPT, nastal nejvýrazněji v Polsku, kde byl v 90. letech zákon o UPT několikrát změněn v závislosti na vládnoucí politické straně a výsledkem byl restriktivní zákon povolující UPT pouze z důvodu záchrany života či zdraví těhotné ženy. UPT z jiného důvodu než je záchrana života těhotné ženy nebylo nikdy povoleno v Irsku. Dostupnost UPT je ovšem silně ovlivněna výkladem legislativy a existují tak rozdíly nejen mezi jednotlivými vyspělými státy, ale i mezi regiony uvnitř těchto států. Výpočtem Spearmanova korelačního koeficientu mezi stupněm legislativy a ipo^u byla vyvrácena hypotéza, že existuje silná závislost mezi liberalitou zákona a úrovní umělé potratovosti, přičemž tato závislost byla v roce 2009 slabší než v roce 1985.

V 80. letech byla vyvinuta nová metoda provedení UPT pomocí prostředku RU 486, jehož užití je dnes legislativně umožněno ve 20 z 28 analyzovaných států. Ačkoliv byl velmi diskutován vliv povolení RU 486 na statistiku UPT i potencionální zvýšení počtu interrupcí, analýzou umělé potratovosti nebyly zjištěny žádné výrazné výchylky z dlouhodobých trendů po jeho zavedení.

Kromě legislativy je nejdůležitějším faktorem, ovlivňujícím počty UPT a rozhodování žen mezi narozením dítěte a UPT, dostupnost moderních antikoncepčních metod, které se začaly ve vyspělých státech používat od 60. let. Zatímco ve státech západní a severní Evropy a anglicky mluvících státech se téměř ihned staly běžnou součástí kontroly plodnosti, ve státech

východní Evropy došlo k jejich široce rozšířenému užívání až v polovině 90. let. Země, které liberalizovaly legislativu UPT později, než byly dostupné moderní antikoncepční metody, nikdy nepřesáhly hodnoty 50 UPT na 100 živě narozených, na rozdíl od států východní Evropy a Japonska. Nejvyšší umělé potratovosti dosahovalo od liberalizace UPT Estonsko, kde hodnota ipo^u ve druhé polovině 60. let překročila 200 UPT na 100 živě narozených. V tomto období také byla dle variačního koeficientu největší variabilita v ipo^u mezi sledovanými vyspělými státy. S rozšiřováním hormonální antikoncepce a počtu států s povolením provádět UPT variabilita klesala a v roce 2009 byla nejnižší za celé sledované období.

Analýzou umělé potratovosti podle věku bylo dokázáno, že ve struktuře umělé potratovosti podle věku existovaly mezi státy výrazné rozdíly. Zatímco ve státech východní Evropy a Japonsku upřednostňovaly UPT před narozením dítěte především starší ženy nad 35 let, které již měly plánovaný počet dětí, v ostatních vyspělých státech se pro UPT rozhodovaly především mladší dívky do 20 let, které odkládaly svoji plodnost. Určující pro celkovou umělou potratovost však byla ve všech vyspělých státech umělá potratovost ve věkové kategorii 20–34, na kterou připadá největší podíl těhotenství. Právě snížení umělé potratovosti v tomto věku přispělo k výraznému poklesu celkového ipo^u ve státech východní Evropy od poloviny 90. let.

Rozdíly mezi jednotlivými státy ve struktuře umělé potratovosti podle věku byly způsobeny především odlišným časováním plodnosti v jednotlivých státech. Se změnou reprodukčního chování ve státech východní Evropy po roce 1990 došlo ke snižování těchto rozdílů a sblížování států nejen v celkové umělé potratovosti, ale i ve struktuře umělé potratovosti podle věku. Zařazení změn v umělé potratovosti do celkového kontextu změn reprodukčního chování by bylo vhodné podrobněji analyzovat v další práci. Dopad umělé potratovosti na plodnost byl ve většině vyspělých států jedním z témat diskuse již před schválením UPT z jiných než zdravotních důvodů. Na jedné straně panovaly obavy ze snížení počtu narozených z důvodu nárůstu UPT, a to především v období před druhou antikoncepční revolucí, na druhou stranu bylo v některých státech legalizováno UPT jako prostředek pro kontrolu plodnosti v rámci protipopulační politiky.

Cílem práce bylo podat ucelený přehled o legislativě a trendech UPT ve vyspělých státech a analyzovat specifika v jednotlivých státech. Analýza byla omezena datovou základnou UPT a podrobnější strukturální analýza mohla být provedena pouze podle věku. Nepochybně by šly nalézt další zajímavé pravidelnosti a odlišnosti mezi vyspělými zeměmi při podrobnějším rozboru umělé potratovosti podle rodinného stavu, vzdělání, náboženství či etnicity. Z dostupných dat byla zjištěna podobnost vývoje legislativy UPT a trendů umělé potratovosti mezi bývalými socialistickými státy a Japonskem, státy severní Evropy či anglicky mluvícími státy. Tato regionální podobnost se ovšem v čase zmenšuje a v roce 2009 ji lze identifikovat pouze u několika ukazatelů (např. ipo^u_x podle věku). S klesajícím vlivem legislativy na hodnoty umělé potratovosti a sblížování vyspělých zemí v prevalenci moderních antikoncepčních metod začínají hrát významnou roli další faktory (především imigrace) nezávislé na regionálních kulturních a historických souvislostech.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADLER, M. A. 1997. Social Change and Declines in Marriage and Fertility in Eastern Germany. *Journal of Marriage and Family*. 1997, vol. 59, no. 1, s. 37–49. Dostupný také z WWW: <<http://www.jstor.org/stable/353660>> [cit. 2012-03-25]. ISSN 0022-2445
- ALAM et al. 2008. *Unleashing Prosperity: Productivity Growth in Eastern Europe and the Former Soviet Union*. Washington : The World Bank. 2008. 295 s. Dostupný také z WWW: <<http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/publications/UnleashingProsperity.pdf>> [cit. 2012-04-23]. ISBN 978-0-8213-7279-1
- ANCEL, P. Y. et al. 2004. History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: results of the EUROPOP survey. *Human Reproduction*. 2004, vol. 19, no. 3, s. 734–740. Dostupný také z WWW: <<http://humrep.oxfordjournals.org/content/19/3/734.full.pdf+html>> [cit. 2012-03-23]. ISSN 0268-1161
- BANKOLE, A. et al. 1998. Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries. *International Family Planning Perspectives*. 1998, vol. 24, no. 3, s. 117–127 & 152. Dostupný také z WWW: <<http://sparky.guttmacher.org/pubs/journals/2411798.pdf>> [cit. 2012-03-06]. ISSN 1944-0391
- BANWELL, S. S.; PAXMAN, J. M. 1992. The Search for Mening: RU 486 and the Law of Abortion. *American Journal of Public Health*. 1992, vol. 82, no. 10, s. 1399–1406. Dostupný také z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1695867/pdf/amjph00547-0089.pdf>> [cit. 2011-11-06]. ISSN 0090-0036
- BASSETT, I. 2001. *Liability of Health Professional for a Breach of the Abortion Law of New Zealand* [online]. Auckland : Law Faculty of libraries of the Universities of Auckland [cit. 2012-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.abortionlaw.co.nz/abortionlaw.pdf>>
- BETTARINI, S. S.; D'ANDREA, S. S. 1996. Induced Abortion in Italy: Levels, Trends and Characteristics. *Family Planning Perspectives*. 1996, vol. 28, no. 6, s. 267–271 & 277. Dostupný také z WWW: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2826796.pdf>> [cit. 2012-03-28]. ISSN 0014-7354
- BORRIE, W. D. 1974. Australia. In BERELSON, B. (ed.). *Population Policy in Developed Countries*. New York : Population Council, 1974, s. 270–293. ISBN 0-07-004833-4

- BOWEN, D. L. 1997. Abortion, Islam, and the 1994 Cairo Population Conference. *International Journal of Middle East Studies*. 1997, vol. 29, no. 2, s. 161–184. Dostupný také z WWW: <<http://www.jstor.org/stable/pdfplus/164015.pdf?acceptTC=true>> [cit. 2012-03-07]. ISSN 1471-6380
- BOURGEOIS-PICHAT, J. 1974. France. In BERELSON, B. (ed.). *Population Policy in Developed Countries*. New York : Population Council, 1974, s. 545–591. ISBN 0-07-004833-4
- CIA. 2011. *The World Factbook* [online]. Washington : Central Intelligence Agency, 2011 [cit. 2012-02-22]. Dostupný z WWW: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>>
- CLELAND, J. 2009. Contraception in historical and global perspective. *Best Practise & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2009, vol. 23, no. 2, s. 165–176. Dostupný také z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152169340800151X>> [cit. 2012-04-01]. ISSN 1521-6934
- CLOWES, B. 2010. *A Pro-Life Pastoral Handbook*. Virginia (USA) : Human Life International, 2010. 103 s. ISBN 978-1-55922-058-3
- COOK, R. J.; DICKENS, B. M. 1978. A decade of international change in abortion law: 1967–1977. *American Journal of Public Health*. 1978, vol. 68, s. 637–644. Dostupný také z WWW: <<http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.68.7.637>> [cit. 2012-03-11]. ISSN 0090-0036
- Council of Europe, 2008. *Doc. 11537 rev. Access to safe and legal abortion in Europe* [online]. Strasbourg : Committee on Equal Opportunities for Women and Men, 2008 [cit. 2012-03-18]. Dostupný z WWW: <<http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/workingdocs/doc08/edoc11537.htm>>
- CRR. 2004. *Crafting an Abortion Law that Respects Women's Rights: Issues to Consider* [online]. New York : CRR, 2004 [cit. 2012-02-29]. Dostupný z WWW: <http://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/pub_bp_craftingabortionlaw.pdf>
- CRR. 2011. *Abortion Worldwide: Seventeen Years of Reform* [online]. New York : CRR, 2011 [cit. 2012-03-10]. Dostupný z WWW: <http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/pub_bp_17_years.pdf>
- Československo. 1957. Zákon č. 68 ze dne 30. prosince 1957 o umělém přerušování těhotenství. In *Sbírka zákonů republiky Československé*. 1957, částka 33, s. 289–290. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=869>>
- Československo. 1962. Vládní nařízení č. 126, kterým se zřizují interrupční komise a provádí zákon o umělém přerušování těhotenství. In *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. 1962, částka 69, s. 125–126. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=1176>>

- Československo. 1980. Vyhláška č. 80/1980, kterou se doplňuje vyhláška č. 71/1973 Sb., kterou se provádí zákon č. 88/1957 Sb. o umělém přerušení těhotenství. In *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. 1980, částka 20, s. 342. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=1971>>
- Československo. 1986. Zákon č. 66/1986 o umělém přerušení těhotenství. In *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. 1986, částka 22, s. 484–485. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=2189>>
- DELGADO, M. et al. 2008. Spain: Short on children and short on family policies. *Demographic Research* [online]. 2008, vol. 19, s. 1059–1104 [cit. 2012-03-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol19/27/>> ISSN 1435-9871
- DICKSON, N. et al. 2000. Pregnancies among New Zealand teenagers: trends, current status and international comparisons. *New Zealand Medical Journal*. 2000, vol. 113, no. 1112, s. 241–245. Dostupný také z WWW: <<http://journal.nzma.org.nz/journal/113-1112/2184/content.pdf>> [cit. 2012-04-29]. ISSN 0028-8446
- EBERT, M. 2002. RU 486 and Abortion Practices in Europe: From Legalization to Access. *Women & Politics*. 2002, vol. 24, no. 3, s. 13–33. Dostupný také z WWW: <<http://ehis.ebscohost.com/eds/detail?sid=521d9cbe-5632-4491-88e3-84030b3b2bef%40sessionmgr12&vid=1&hid=23&bdata=JnNpdGU9ZWZlWxpdmU%3d#db=poh&AN=9016840>> [cit. 2012-03-18]. ISSN 0195-7732
- EBERTS, M. W. 1998. The Roman Catholic Church and Democracy in Poland. *Europe-Asia Studies*. 1998, vol. 50., no. 5, s. 817–842. Dostupný také z WWW: <<http://www.jstor.org/stable/153894>> [cit. 2012-03-15]. ISSN 0966-8136
- FERGUSON, D. M. et al. 2007. Abortion Among Young Women And Subsequent Life Outcomes. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2007, vol. 39, no. 1, s. 6–12. Dostupný také z WWW: <<https://www.guttmacher.org/pubs/psrh/full/3900607.pdf>> [cit. 2012-04-08]. ISSN 1931-2393
- FIALA, C. 2005. Abortion in Europe: Are the laws and practices patient centred? *Entre Nous*. 2005, no. 59, s. 23–25. Dostupný také z WWW: <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/69763/en59.pdf> [cit. 2012-02-29]. ISSN: 1014-8485
- FIALA, C. 2009. *Schwangerschaftsabbruch in Österreich: Theorie und Praxis* [online]. Wien : Gynmed, 2009, 11 s. [cit. 2012-04-04]. Dostupný z WWW: <http://abtreibung.at/wp-content/uploads/2009/04/abbruch_in_oe_091.pdf>
- FIALA, C.; GEMZELL-DANIELSSON, K. 2006. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. *Contraception*. 2006, vol. 74, no. 1, s. 66–86. Dostupný také z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782406001168>> [cit. 2012-03-18]. ISSN 0010-7824
- FINKELMAN, P.; UROFSKY, M. I. 2003. Roe v. Wade. In *Landmark Decision of the United States Supreme Court* [online]. Washington, D. C. : CQ Press [cit. 2012-03-11]. Dostupný z WWW: <http://science.jburrroughs.org/mbahe/BioEthics/Articles/Summary_Roe_v_Wade.pdf>

- FOKKEMA, T. et al. 2008. The Netherlands: Childbearing within the context of a „Poldermodel“ society. *Demographic Research* [online]. 2008, vol. 19, s. 743–794 [cit. 2012-03-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.demographic-research.org/volumes/vol19/21/>> ISSN 1435-9871
- FOSTER, A. M. 2009. *Medication Abortion: A Guide for Health Professionals* [online]. Cambridge : Ibis Reproductive Health, 2009 [cit. 2012-03-18]. Dostupný z WWW: <http://www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication_abortion_A_guide_for_health_professionals_English.pdf>
- Francie. 1980. Zákon č. 79–1204 z 31. prosince 1979. In *Journal Officiel*. 1980, no. 1, s. 3. Dostupný také z WWW: <<http://cyber.law.harvard.edu/population/abortion/France.abo.htm>> [cit. 2012-03-08]
- FUSZARA, M. 1991. Legal Regulation of Abortion in Poland. *Sign*. 1991, vol. 17, no. 1, s. 117–128. Dostupný také z WWW: <<http://www.jstor.org/stable/3174448>> [cit. 2012-03-29]. ISSN 0097-9740
- GAUTHIER, H.; HENRIPIN, J. 1974. Canada. In BERELSON, B. (ed.). *Population Policy in Developed Countries*. New York : Population Council, 1974, s. 403–426. ISBN 0-07-004833-4
- GEINOZ, F.; BÜHRER, G. 2002. *Abtreibungsstatistiken in der Schweiz unter der Lupe* [online]. Zürich : Geinoz, 2002, 85 s. [cit. 2012-03-26]. Dostupný z WWW: <<http://abortions.ch/Abtreibungsstatistiken.pdf>>
- GILMARTIN, M.; WHITE, A. 2011. Interrogating Medical Tourism: Island, Abortion, and Mobility Rights [online]. *Journal of Women in Culture and Society*. 2011, vol. 36, no. 2, s. 275–280 [cit. 2012-02-18], Dostupný z WWW: <http://eprints.nuim.ie/3517/1/MG_Interrogating.pdf>
- GINDULIS, E. 2002. Die Abtreibungsregime der OECD-Länder und ihre Bestimmungsfaktoren im Vergleich. *Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft*. 2002, vol. 31, no. 3, s. 315–336. Dostupný také z WWW: <<http://www.oezp.at/pdfs/2002-3-06.pdf>> [cit. 2012-03-19]. ISSN 0378-5149
- GIRARD, F.; NOWICKA, W. 2002. Clear and Compelling Evidence: The Polish Tribunal on Abortion Rights. *Reproductive Health Matters*. 2002, vol. 10, s. 22–30. Dostupný také z WWW: <http://www.joomla.federa.org.pl/dokumenty_pdf/english/Francois_Wanda.pdf> [cit. 2012-03-15]. ISSN 0968-8080
- GIRVIN, B. 1986. Social Change and Moral Politics: the Irish Constitutional Referendum 1983. *Political Studies*. 1986, vol. 34, no. 1, s. 61–81. Dostupný také z WWW: <<http://ehis.ebscohost.com/eds/detail?vid=3&hid=3&sid=c379c9c1-9926-4a6a-8dca-6c5ea125e664%40sessionmgr12&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d#db=poh&AN=21376573>> [cit. 2012-03-14]. ISSN 0032-3217
- GOTO, A. e al. 2000. Abortion Trends in Japan, 1975–95. *Studies in Family Planning*. 2000, vol. 31, no. 4, s. 301–308. Dostupný také z WWW: <<http://www.hsph.harvard.edu/faculty/reich/japan.pdf>> [cit. 2012-03-30]. ISSN 0039-3665

- GROSS-SOLOMON, S. 1992: The demographic argument in Soviet debates over the legalization of abortion in the 1920's. *Cahiers du monde russe et soviétique*. 1992, vol. 33, no. 1, s. 59–81. Dostupný také z WWW: <http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/cmr_0008-0160_1992_num_33_1_2306#> [cit. 2012-03-09]. ISSN 0008-0160
- Guttmacher Institute. 2011. *Trends in Abortion in the United States, 1973–2008* [online]. New York : Guttmacher Institute, 2011 [cit. 2012-03-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.guttmacher.org/presentations/trends.pdf>>
- GUY, P. 1998. Population review of 1997: England and Wales. *Population Trends*. 1998, vol. 94, no. 4, s. 1–7. Dostupný také z WWW: <<http://ons.gov.uk/ons/rel/population-trends-rd/population-trends/no--94--winter-1998/population-trends.pdf#page=14>> [cit. 2012-03-30]. ISSN 0307-4436
- HELSTRÖM, L. et al. 2003. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003, vol. 31, s. 405–410. Dostupný také z WWW: <<http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=1&sid=bd82a0ae-f30d-4fac-ba29-3eee84ff42af%40sessionmgr13>> [cit. 2012-03-23]. ISSN 1403-4948
- HENDL, J. 2006. Přehled statistických metod zpracování dat : Analýza a metaanalýza dat. Praha : Portál, 2006. 583 s. ISBN 80-7367-123-9
- HODGE, R. W; OGAWA, N. 1993. Fertility Change in Contemporary Japan. *Journal of Japanese Studies*. 2003, vol. 19, no. 1, s. 239–244. Dostupný také z WWW: <<http://www.jstor.org/stable/132889>> [cit. 2012-03-21]. ISSN 0095-6848
- IOANNIDI-KAPOLOU, E. 2004. Use of Contraception and Abortion in Greece: A Review. *Reproductive Health Matters*. 2004, vol. 12, no. 24, s. 174–183. Dostupný také z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808004240010>> [cit. 2012-02-29]. ISSN 0968-8080
- IPPF. 1996. *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London : IPPF, 1996. 56 s. Dostupný také z WWW: <<http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/6C9013D5-5AD7-442A-A435-4C219E689F07/0/charter.pdf>> [cit. 2012-02-21]. ISBN 086089-109-7
- IPPF. 2007. *Abortion Legislation in Europe* [online]. Brussels : IPPF European Network, 2007 [cit. 2011-11-06]. Dostupný z WWW: <http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/2EB28750-BA71-43F8-AE2A-8B55A275F86C/0/Abortion_legislation_Europe_Jan2007.pdf>
- Itálie. 1978. Zákon č. 194 z 22. května 1978 o sociální ochraně mateřství a dobrovolném ukončení těhotenství. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*. 1978, Part I, no. 140, s. 3642–3646. Dostupný také z WWW: <<http://cyber.law.harvard.edu/population/abortion/Italy.abo.htm>> [cit. 2012-03-08]
- JONES, R. K.; HENSHAW, S. K. 2002. Mifepristone for Early Medical Abortion: Experiences in France, Great Britain and Sweden. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2002, vol. 34, no. 3, s. 154–161. Dostupný také z WWW: <<https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3415402.pdf>> [cit. 2012-03-18]. ISSN 1931-2393

- JONES, R. K.; KOOISTRA, K. 2011. Abortion Incidence and Services in the United States in 2008. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2011, vol. 43, no. 1, s. 41–50. Dostupný také z WWW: <<https://guttmacher.org/pubs/journals/4304111.pdf>> [cit. 2012-03-23]. ISSN 1538-6341
- JONSSON, L. 1974. Schweden. In BERELSON, B. (ed.). *Population Policy in Developed Countries*. New York : Population Council, 1974, s. 113–148. ISBN 0-07-004833-4
- Kanada. 1988. *R. v. Morgentaler* [online]. Ontario : Supreme Court of Canada. 1988, 179 s. [cit. 2012-03-14]. Dostupný z WWW: <<http://canlii.ca/t/1ftjt>>
- KAZUYO, M. 2001. The Eugenic Transition of 1996 in Japan: from law to personal choice. *Disability & Society*. 2001, vol. 6, no. 5, s. 765–771. Dostupný také z WWW: <<http://ehis.ebscohost.com/eds/detail?sid=be8cb99e-f46f-46b6-9499-c160e6644980%40sessionmgr10&vid=1&hid=3&bdata=JnNpdGU9ZWZlWxpdmU%3d#db=ehh&AN=5393001>> [cit. 2012-03-15]. ISSN 0968-7599
- KITAGAWA, E. M. 1955. Components of a Difference Between Two Rates. *Journal of the American Statistical Association*. 1955, vol. 50, no. 272, s. 1168–1194. ISSN 0162-1459
- KLINGER, A. 1974. Hungary. In BERELSON, B. (ed.). *Population Policy in Developed Countries*. New York : Population Council, 1974, s. 225–269. ISBN 0-07-004833-4
- KNUDSEN, L. B. et al. 2003. Induced abortion in the Nordic countries: special emphasis on young women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2003, vol. 82, s. 257–268. Dostupný také z WWW: <<http://www.abortnet.dk/Files/filer/Nordabort2003.pdf>> [cit. 2012-03]. ISSN 0001-6349
- KOCOURKOVÁ, J. 2010. Plánované rodičovství a reprodukční ztráty. In BURCIN, B.; FIALOVÁ, L.; RYCHTAŘÍKOVÁ, J. a kol. *Demografická situace České republiky: Proměny a kontexty 1993–2008*. 1. vyd. Praha : SLON, 2010, 238 s. ISBN 978-80-7419-024-7
- KOLÁČEK, J. 2001. *Katechismus katolické církve*. Praha : Karmelitánské nakladatelství, 2001. 793 s. ISBN 80-719-2488-1
- KORCOK, M. 1995. Physicians targeted as abortion debate in US turns violent. *Canadian Medical Association Journal*. 1995, vol. 152, no. 5, s. 727–730. Dostupný také z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337620/pdf/cmaj00065-0083.pdf>> [cit. 2012-03-21]. ISSN 0820-3946
- KÜHN, Z. 1998. *Ochrana lidského plodu v trestním právu*. Praha : Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců Praha, 1998. 63 s. Příručky Ministerstva spravedlnosti České republiky, sv. 57. ISBN 80-238-3605-6
- KULCZYCKI, A. et al. 1996. Abortion and fertility regulation. *The Lancet*. 1996, vol. 348, no. 9019, s. 1663–1668. Dostupný také z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673696914919>> [cit. 2012-04-15]. ISSN 0140-6736

- MÁTEL, A. 2007. Štatút plodu a postoj k abortom v judaizme. In: Zborník Ochrana života VIII. na tému „L'udský život je hodný ochrany od počatia“. Trnava : Trnavská univerzita, 2007, s. 106–110. Dostupný také z WWW: <http://www.andrejmatal.info/Texty/Izrael/ZidovskaKulturaAsviatky/Matel_Potrat%20a%20judaizmus.pdf> [cit. 2012-03-07]
- Medicationabortion.com. 2012. *Year in which mifepristone was registered or approved* [online]. Cambridge : Ibis Reproductive Health, 2012 [cit. 2012-02-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.medicationabortion.com/sidebars/registered.html>>
- NORGREN, T. 1998. Abortion before Birth Control: The Interest Group Politics Behind Postwar Japanese Reproduction Policy. *Journal of Japanese Studies*. 1998, vol. 24, No. 1, s. 59–94. Dostupný také z WWW: <<http://www.jstor.org/stable/132939>> [cit. 2011-11-06]. ISSN 0095-6848
- NORMAN, W. V. 2012. Induced abortion in Canada 1974–2005: trends over the first generation with legal access. *Contraception*. 2012, vol. 85, no. 2, s. 185–191. Dostupný také z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782411004240>> [cit. 2012-03-30]. ISSN 0010-7824
- OBINGER-GINDULIS, E. 2008. Zwischen Moral und Selbstbestimmung – Ein Blick über die Grenzen: Die Abtreibungsregime der OECD-Länder und ihre Bestimmungsfaktoren im Vergleich. *Humboldt Forum Recht* [online]. 2008, vol. 13, no. 4, s. 40–57 [cit. 2011-11-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.humboldt-forum-recht.de/media/Druckansicht/pdf/2008-04.pdf>> ISSN 1826-7617
- OECD. 2011. *OECD Yearbook 2011: Better Policies for Better Lives*. Paris : OECD Publishing. 2011. 188 s. Dostupný také z WWW: <<http://issuu.com/oecdobserver/docs/oecdyearbook2011?mode=embed&layout=http%3A%2F%2Fskin.issuu.com%2Fv%2Fflight%2Flayout.xml&showFlipBtn=true>> [cit. 2012-04-23]. ISBN 978-92-64-11264-3
- PAVLÍK, Z.; KALIBOVÁ, K. 2005. *Mnohojazyčný demografický slovník*. Praha : Česká demografická společnost, 2005. 184 s, Acta demographica, sv. 15. ISBN 80-239-4864-4
- PAVONE, F. A. 1994. *The Original Lie Behind Abortion* [online]. Priests for Life, 1994. [cit. 2012-03-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.priestsforlife.org/brochures/original.html>>
- PIEPPONEN, P. 1974. Finland. In BERELSON, B. (ed.). *Population Policy in Developed Countries*. New York : Population Council, 1974, s. 98–112. ISBN 0-07-004833-4
- PIEROTTI, D. 1994. Note from Estonia: from abortion to contraception. *Entre Nous*. 1994, vol. 25, s. 12. ISSN 1014-8485
- PILKINGTON, E. 2009. *For years anti-abortionists tried to stop Doctor Tiller. Finally a bullet did* [online]. London : The Guardian [cit. 2012-03-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.guardian.co.uk/world/2009/jun/01/us-doctor-tiller-killing-abortions>>
- PINTER, B. et al. 2005. Accessibility and availability of abortion in six European countries. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2005, vol. 10, no. 1, s. 51–58. Dostupný také z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/200657577?accountid=15618>> [cit. 2012-02-29]. ISSN 1362-5187

- POTTS, M. 1967. Legal Abortion in Eastern Europe. *The Eugenics Review*. 1967, vol. 59, no. 4, s. 232–250. Dostupný také z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2906010/pdf/eugenrev00008-0024.pdf>> [cit. 2012-03-10]. ISSN 0374-7573
- RAHMAN, A. et al. 1998. A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985-1997. *International Family Planning Perspectives*. 1998, vol. 24, no. 2, s. 56–64. Dostupný také z WWW: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2405698.pdf>> [cit. 2011-11-06]. ISSN: 1944-0391
- RASCH, V. et al. 2007. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *European Journal of Public Health*. 2007, vol. 18, no. 2, s. 144–149. Dostupný také z WWW: <<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/18/2/144.full.pdf+html>> [cit. 2012-03-23]. ISSN 1101-1262
- REGUSHEVSKAYA, E. 2009. *Abortions and Sexually Transmitted Infections among Women in St. Petersburg in the Early 2000s: Comparison by population based surveys in Estonia and Finland*. Tampere, 2009. 113 s. Academic disertation University of Tampere, School of Public Health. Dostupný také z WWW: <<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7826-0.pdf>> [cit. 2012-03-23]
- ROEMER, R. 1967. Abortion Law: The Approaches of Different Nations. *American Journal of Public Health*. 1967, vol. 57, no. 11, s. 1906–1922. Dostupný také z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1227847/>> [cit. 2012-03-10]. ISSN 0090—0036
- ROSSIER, C. et al. 2009. Abortion Trends in France, 1990–2005. *Population*. 2009, vol. 64, no. 3, s. 443–476. ISSN 1634-2941
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 1999. Is Eastern Europe experiencing a second demographic transition? *Acta Universitatis Carolinae - Geographica*. 1999, no. 1, s. 19–44. Dostupný také z WWW: <http://web.natur.cuni.cz/ksgrrsek/acta/1999/AUC_1999_34_Rychtarikova_Is_Eastern_Europe.pdf> [cit. 2012-04-09] ISSN 0300-5402
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2010a. Poválečný vývoj demografického chování obyvatelstva na území České republiky do počátku devadesátých let. In BURCIN, B.; FIALOVÁ, L.; RYCHTAŘÍKOVÁ, J. a kol. *Demografická situace České republiky: Proměny a kontexty 1993–2008*. 1. vyd. Praha : SLON, 2010, 238 s. ISBN 978-80-7419- 024-7
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2010b. Demografická analýza II. MD360P07B. Praha : Katedra demografie a geodemografie PřF UK, 20. 12. 2011 [Přednáška]. Plodnost
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2011. Populační vývoj České republiky. MD360P11. Praha : Katedra demografie a geodemografie PřF UK, 20. 12. 2011 [Přednáška]. Potraty v České republice 1958–2011
- SABATELLO, E. F. 1995. Continuity and change in reproductive and abortion patterns of Soviet immigrants in Israel. *Social Science & Medicine*. 1995, vol. 40, no. 1, s. 117–124. Dostupný také z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953694E0054V>> [cit. 2012-03-31]. ISSN 0037-7856

- SATO, R.; IWASAWA, M. 2006. Contraceptive Use and Induced Abortion in Japan: How Is It So Unique among the Developed Countries? *The Japanese Journal of Population*. 2006, vol. 4, no. 1, s. 33–54. Dostupný také z WWW: <http://www.ipss.go.jp/webj-ad/webjournal.files/population/2006_3/sato-iwasawa.pdf> [cit. 2012-03-25]. ISSN 1348-7191
- SHIEL, W. C. STOPPLER, M. C. 2009. *Webster's new world medical dictionary*. Hoboken, N.J. : Wiley Pub., 2009. 470 s., 3rd ed. ISBN 9780470189283
- SIMONS, J. 1974. Great Britain. In BERELSON, B. (ed.). *Population Policy in Developed Countries*. New York : Population Council, 1974, s. 592–646. ISBN 0-07-004833-4
- SINGH, S. et al. 2009. *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*. New York : Guttmacher Institute, 2009. 66 s. Dostupný také z WWW: <<http://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>> [cit. 2012-02-13]. ISBN 978-1-934387-03-0
- Statistics New Zealand. 2009. *Abortion trends in New Zealand 1980–2007* [online]. Wellington : Statistics New Zealand, 2001 [cit. 2012-03-30]. Dostupný z WWW: <http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/health/abortion/abortion-trends.aspx>
- STROPNIK, N.; ŠIRCELJ, M. 2008. Slovenia: Generous family policy without evidence of any fertility impact. *Demographic Research* [online]. 2008, vol. 19, s. 1019–1058 [cit. 2012-03-25]. Dostupný z WWW: <<http://www.demographic-research.org/volumes/vol19/26/19-26.pdf>> ISSN 1435-9871
- SVSS. 2012. *L'avortement en Europe* [online]. Zürich : Die Schweizerische Vereinigung für Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs, 2012 [cit. 2012-04-09]. Dostupný z WWW: <<http://svss-uspda.ch/fr/facts/europe.htm>>
- ŠUBRTOVÁ, A. 2002. Umělé potraty v diskusích meziválečného období v Československu (1918–1938). *Demografie*. 2002, roč. 44, č. 4, s. 233–244. ISSN 0011-8265
- TAZI-PREVE, I. M.; KYTIR, J. 2001. Schwangerschaftsabbruch – Gesellschaftspolitische Aspekte und empirische Befunde. *SWS-Rundschau*. 2001, vol. 41, no. 4, s. 435–458. Dostupný také z WWW: <http://www.sws-rundschau.at/html/archiv_abstract.php?heft=35&id=86&language=de> [cit. 2012-03-25]. ISBN 1013-1469
- TULLBERG, B. S.; LUMMAA, V. 2001. Induced abortion ratio in modern Sweden falls with age, but rises again before menopause. *Evolution and Human Behavior*. 2001, vol. 22, no. 1, s. 1–10 Dostupný také z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S109051380000057X>> [cit. 2012-04-09]. ISSN 1090-5138
- UN. 2001. *Abortion Policies: A Global Review* [online]. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, 2001 [cit. 2011-11-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion>>
- UN. 2004. *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, 2004. 179 s. Dostupný také z WWW: <http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2002/WCU2002_Report2.pdf> [cit. 2012-04-13]. ISBN 92-1-151399-5

- UN. 2007. *World Abortion Policies 2007* [online]. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, 2007 [cit. 2012-02-11]. Dostupný z WWW: <http://www.un.org/esa/population/publications/2007_Abortion_Policies_Chart/2007_Wall_Chart.pdf>
- UNDP. 2011. *Human Development Report 2011*. New York : United Nations Development Programme, 2011. 176 s. Dostupný také z WWW: <http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_EN_Complete.pdf> [cit. 2012-03-19]. ISBN 97802303636611
- VILAR, D. 2002. Abortion: the Portuguese Case. *Reproductive Health Matters*. 2002, vol. 10, s. 156–161. Dostupný také z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808002000253>> [cit. 2012-03-24]. ISSN 0968-8080
- WILKINSON, P. 2006. Teenager conceptions, abortions, and births in England, 1994–2003, and the national teenager pregnancy strategy. *The Lancet*. 2006, vol. 368, s. 1879–1886. Dostupný také z WWW: <http://www.region8ipp.com/Docs/Articles/teenage_conceptions_abortions_and_births_in_england.pdf> [cit. 2012-03-30]. ISSN 0140-6736
- WHO. 2008. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality*. Geneva : WHO, 2008. 57 s. Dostupný také z WWW: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596121_eng.pdf> [cit. 2012-02-14]. ISBN 978-92-4-150111-8
- YASHAI, Y. 1993. Ideas and Public Policy: Abortion in Four Democracies. *Comparative Politics*. 1993, vol. 25, no. 2, s. 207–228. Dostupný také z WWW: <<http://www.jstor.org/stable/422352>> [cit. 2011-11-06]. ISSN 0010-4159
- ZIOLKOWSKI, J. A. 1974. Poland. In BERELSON, B. (ed.). *Population Policy in Developed Countries*. New York : Population Council, 1974, s. 445–488. ISBN 0-07-004833-4

SEZNAM ZDROJŮ DAT

- Australian Bureau of Statistics. 2011. *Births, Australia, 2010* [online]. Canberra : Australian Bureau of Statistics, 2011 [cit. 2012-02-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/3301.02010?OpenDocument>>
- CBS Israel. 2009. *Applications to Committees for Termination of Pregnancy* [online]. Jerusalem : Central Bureau of Statistics, 2009 [cit. 2012-02-27]. Dostupný z WWW: <http://www1.cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTML?ID=595>
- ČSÚ. 2004. *Vývoj potratovosti v České republice* [online]. Praha : Český statistický úřad, 2004 [cit. 2012-04-09]. Dostupný z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4028-04>>
- ČSÚ. 2010a. *Demografická příručka 2009* [online]. Praha : Český statistický úřad, 2010 [cit. 2012-04-09] Dostupný z WWW: <<http://czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/4032-10>>

- ČSÚ. 2010b. *Demografická ročenka České republiky 2009* [online]. Praha : Český statistický úřad, 2010 [cit. 2012-04-09]. Dostupný z WWW: <<http://czso.cz/csu/2010ediciplan.nsf/publ/4019-10->>>
- EUROSTAT. 2012. *Database – Population* [online]. Luxembourg : European Commission, 2012 [cit. 2012-03-05]. Dostupný z WWW: <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>>>
- INED. 2011. *Database on developed countries* [online]. Paris : Institut National d'Etudes Démographiques, 2011 [cit. 2012-01-04]. Dostupný z WWW: <http://www.ined.fr/en/pop_figures/developed_countries/developed_countries_database/>>
- INSEE. 2010. *Interruptions volontaires de grossesse* [online]. Paris : Institut national de la statistique et des études économiques, 2010 [cit. 2012-02-27]. Dostupný z WWW: <http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NAtnon06223>>
- IPSS. 2003. *Population Statistics of Japan* [online]. Tokyo : National Institute of Population and Social Security Research, 2003 [cit. 2012-02-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.ipss.go.jp/p-info/e/psj2003/PSJ2003.pdf>>>
- ISTAT. 2010. *Survey on Live Births* [online]. Roma : Istituto Nazionale di Statistica, 2010 [cit. 2012-02-27]. Dostupný z WWW: <http://demo.istat.it/altridati/IscrittiNascita/index_e.html>>
- MPIDR. 2011. *Population and Policy Database* [online]. Rostock : Max Planck Institute for Demographic Research, 2011 [cit. 2012-01-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.demogr.mpg.de/cgi-bin/databases/PPD/index.pli>>>
- SAGE, L. C.; CHAN, A. 2005. Estimating Australia's abortion rates 1985–2003. *Medical Journal of Australia* [online]. 2005, vol. 182, no. 9, s. 447–452 [cit. 2012-02-27]. Dostupný z WWW: <<https://www.mja.com.au/journal/2005/182/9/estimating-australia-s-abortion-rates-1985-2003>>> ISSN 1326-5377
- Socialstyrelsen. 2011. *Abortstatistik* [online]. Stockholm : Socialstyrelsen, 2011 [cit. 2012-04-09]. Dostupný z WWW: <<http://192.137.163.49/sdb/abo/val.aspx>>>
- Statistics Bureau of Japan. 2012. *Japan Statistical Yearbook* [online]. Tokyo : Statistics Bureau, Director-General for Policy Planning (Statistical Standards) and Statistical Research and Training Institute, 2012 [cit. 2012-02-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.stat.go.jp/english/data/nenkan/1431-02.htm>>>
- Statistics Canada. 2011. *Births, estimates, by province and territory* [online]. Ottawa : Statistics Canada, 2011 [cit. 2012-02-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo04a-eng.htm>>>
- Statistics New Zealand. 2012. *Infoshare* [online]. Wellington : Statistics New Zealand, 2012 [cit. 2012-02-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.stats.govt.nz/infoshare/>>>
- UN. 2011. *World Population Prospects, the 2010 Revision* [online]. New York : United Nations – Department of Economic and Social Affairs, 2011 [cit. 2012-02-29]. Dostupný z WWW: <<http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/population.htm>>>

UNSD. 1997. *Demographic Yearbook 1997 – Historical Supplement* [online]. New York : United Nations Statistics Division, 1997 [cit. 2012-03-05]. Dostupný z WWW: <<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dybhists.htm>>

UNSD. 2012. *Demographic Yearbook 2010* [online]. New York : United Nations Statistics Division, 2012 [cit. 2012-03-05]. Dostupný z WWW: <<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2009-2010.htm>>

U. S. Census Bureau. 2012. *The 2012 Statistical Abstract* [online]. Washington : U. S. Census Bureau [cit. 2012-02-28]. Dostupný z WWW: <http://www.census.gov/compendia/statab/cats/births_deaths_marriages_divorces.html>

WHO. 2011. *European health for all database* [online]. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2011 [cit. 2012-01-04]. Dostupný z WWW: <<http://data.euro.who.int/hfadb/>>